V Rocznik. Wrzesień - Październik 1927. Nr. 5.

POLSKA DENTYSTYKA

DWUMIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY WSZYSTKIM DZIAŁOM STOMATOLOGJI I NAUKOM POKREWNYM

ORGAN INSTYTUTU DENTYSTYCZNEGO UNIWERSYTETU JANA KAZIMIERZA, ZWIĄZKU STOMATOLOGÓW LWOWSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ, CENTRALNEJ RADY LEKARZY DENTYSTÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ORAZ POLSKIEGO KOMITETU NARODOWEGO MIĘDZYN. ZWIĄZKU DENT. (F. D. I.).

WYDAWCA: **Prof. Dr. A. Cieszyński i Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lek.**
ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI: **Lwów, ul. Zielona 5 a, Telefon 11 - 75.**

TREŚĆ:

Str.

Prof. Dr. A. Cieszyński: Leczenie promieniami Roentgena w dentystyce 193
Idzi Świtała: Polska ustawa o wykonywaniu praktyki dentystycznej 200
Mjr. Lek.-Dent. Stanisław Beno: Organizacja służby dentystycznej w wojnie ruchowej (manewrowej) 203
Dział sprawozdań i streszczeń . . 207
Oceny książek 218
Zjazdy naukowe 202, 220
Ruch naukowy: Tow. Stom. Parys. 222
Ruch Towarzystw: Zjazd C. R. . . 224
Statut Pol. Komitetu Narod. FDI . . 225
Instrukcja w sprawie ustawy dent. . 232

SOMMAIRE:

p.

Prof. Dr. A. Cieszyński: La radiothérapie dans la stomatologie . . 193
Idzi Świtała: La loi polonaise sur l'exercice de la profession de dentiste 200
S. Beno: L'organisation du service dentaire pendant la guerre aux manoeuvres 203
Revue critique 207
Congrès scientifiques 202, 220
Bulletins des Séances 222

Inhalt *(Originalartikel):* Prof. Dr. A. Cieszyński: Die Roentgentherapie in der Stomatologie. (Forts.) S. 193. — Idzi Świtała: Das polnische Gesetz betreff. die Ausübung der zahnärztlichen Praxis. (Forts.) S. 200. — Stanisław Beno: Die Organisation des zahnärztlichen Sanitätsdienstes im Bewegungskriege. S. 203.

Cena niniejszego zeszytu 4 zł. 50 gr.; cena roczników 1923 i 1924 po 30 zł., 1925 i 1926 po 20 zł. — Prenumerata półroczna 12 zł. — prenumerata roczna 24 zł. Przy prenumeratach zastrzega sobie Administracja możliwość dopłaty w razie zwiększenia kosztów produkcji.

PROF. DR. A. CIESZYŃSKI LWÓW.
Dyrektor Instytutu dentyst. Uniw. J. K.

LECZENIE PROMIENIAMI ROENTGENA W STOMATOLOGJI.

La radiothérapie dans la stomatologie.

Die Roentgentherapie in der Stomatologie.

Doc. pol. 55.0. *(Ciąg dalszy).* Doc. int. 616. 31 : 615. 849.

Leczenie schorzeń części miękkich jamy ustnej promieniami Roentgena.

Holzknecht neguje podrażniające działanie pierwotne i pośrednie twierdząc, że promienie roentgenowskie uszkadzają tylko każdą komórkę w większym lub mniejszym stopniu. Działanie lecznicze jest bezpośrednie n. p. guzy ulegają zniszczeniu, albo wtórorzędne: następuje wyzwolenie przeciwciał wskutek zniszczenia białych ciałek krwi.

Powołując się na badania eksperymentalne podaje Rosthöj zmiany wywoływane naświetlaniem. Nasamprzód działanie jest podrażniające, występuje kongestja, później porażające i niszczące. Lecznicze działanie należy tłumaczyć w ten sposób, że najpierw przychodzi do lymfocytozy, mającej wpływ fagocytarny, później zaś występuje zniszczenie tkanki chorej.

Baensch podaje wyniki badań drobnowidowych tkanki po naświetlaniu raka twarzy. Badania jego miały na celu stwierdzenie, które guzy reagują korzystnie na naświetlanie a które zachowują się odpornie. Wyniki były niejednolite, ponieważ wrażliwość tych samych guzów na działanie promieni roentgenowskich była nierówna. To jedynie można było ustalić, że na guzy skłonne do rozrostu działanie było korzystne, guzy natomiast wykazujące gwałtowny rozpad okazywały się odporne. Wyleczenie długotrwałe stwierdził przy guzach hyperplastycznych czoła, policzka, powieki, nosa i wargi, natomiast nie było wyników żadnych u wszystkich guzów małżowiny ucha i w najbliższem jego otoczeniu.

Przy raku warg wyniki naświetlania promieniami Roentgena są bardzo dobre a wedle Riedera nawet lepsze aniżeli po ekstyrpacji guza. Przy głęboko leżących rakach należy podjąć wycięcie i zapobiegawcze leczenie naświetlaniem. Nie nadające się do operacji rozległe raki cofają się po naświetleniu i można je następowo usunąć chirurgicznie. Równocześnie należy naświetlić zakażone gruczoły limfatyczne.

Rak języka.

Po naświetlaniu raków nabłonkowych (epithelioma) nie należy spodziewać się zbyt dobrych wyników, przedewszystkiem nie chroni ten sposób leczenia przed przerzutami. Natomiast leczenie zapomocą radu daje

zwłaszcza przy raku języka znakomite rezultaty. Tą metodą Régaud uzyskał w 50% wyleczenie w okresach początkowych a nawet w 10% takich przypadków, które nie nadawały się już do operacji. Jeżeli natomiast nie mamy do dyspozycji radu należy wykonać zabieg chirurgiczny, jakkolwiek także uzyskano wyleczenie po samem naświetleniu promieniami Roentgena. Pierwotne raki języka o podstawie brodawkowej są bardzo dostępne dla naświetlania promieniami Roentgena i radu. Należy też podnieść uśmierzający wpływ naświetlania. Na mięsaki w okolicy podstawy języka trudno jest wpłynąć.

Guzy ślinianek.

Przy mięsaku ślinianek, mianowicie gruczołu przyusznego można spodziewać się zadowalających wyników: guz się zmniejsza a niekiedy znika zupełnie. Przy raku stwierdzono cofnięcie się guza i ustanie bolu.

Nowotwory mieszane są na naświetlanie odporne. Jak już wspomniałem wywołuje naświetlanie zmniejszenie wydzielania, co jest jednak objawem przejściowym. Intenzywne naświetlanie sprowadzić może uszkodzenie ślinianek, a tem samem zastanowienie wydzielania. Suchości w ustach w następstwie obniżenia wydzielania wszystkich gruczołów w ogólności nie stwierdzono, gdyż równocześnie nie naświetla się wszystkich gruczołów.

Naświetlanie gruczołu przyusznego wchodzi w rachubę w przypadkach

Przetok gruczołu przyusznego,

które — jak wiadomo — wskutek wydzielania chirurgicznie usunąć trudno. Kaess (1923) opisuje dwa przypadki skutecznie naświetlanych przetok gruczołu przyusznego, w których zabieg chirurgiczny nie dał żadnych pozytywnych wyników. Również Schaedel (1923) i Fränkel (1915 i 1916) otrzymali dodatnie wyniki po naświetleniu przetok promieniami Roentgena.

Z własnego doświadczenia podaję przypadek następujący. Po nacięciu w okolicy przyusznicy poniżej wyrostka jarzmowego z powodu ropowicy pozostała i po wyleczeniu sprawy zapalnej przetoka, wydzielająca ciecz przeźroczą, nieropiejącą; mieliśmy więc do czynienia z przetoką ślinianki, która mimo kilkakrotnego setonowania 10—15 minutowego lapisem, nie chciała się zasklepić. Uzyskaliśmy wygojenie się sprawy po sześciokrotnym naświetlaniu przyusznicy.

Stosowano dawki następujące przez filtr 0,5 Zn+2 Al.

22.	kwietnia	1927.	Ognisko	$^1/_3$	HED.
25.	kwietnia	1927.	„	$^1/_4$	„
30.	kwietnia	1927.	„	$^1/_5$	„
5.	maja	1927.	„	$^1/_4$	„
10.	maja	1927.	„	$^1/_3$	„
24.	maja	1927.	„	$^1/_5$	„

Naświetlanie wykonał Dr. Grabowski w II klinice chorób wewnętrznych.

Gruźlica błony śluzowej jamy ustnej.

Pierwotna gruźlica błony śluzowej jamy ustnej zachodzi stosunkowo rzadko. Potwierdzają to także autorowie jak Ribbert, Küttner, Garré, Kümmel, Partsch i inni. Zakażenie następuje przez pokarmy lub palce w razie uszkodzenia błony śluzowej, pokrytej odpornym nabłonkiem płaskim. Najczęściej mamy do czynienia z zakażeniem dodatkowem błony śluzowej jamy ustnej przy toczniu twarzy lub nosa, przechodzącym na podniebienie twarde i miękkie lub przy gruźlicy innych narządów. Gruźlica prosówkowa błony śluzowej jamy ustnej wystepuje przy obecności prątków gruźliczych we krwi lub limfie przy sprawach gruźliczych w krtani i płucach. Postać guzkowata gruźlicy języka u zresztą zdrowych osobników przechodzi często w bolesne owrzodzenie.

Ze wszystkich znanych metod leczenia daje naświetlanie promieniami Roentgena przy gruźlicy błony śluzowej jamy ustnej najlepsze wyniki. Przy sprawach daleko posuniętych, które tkwią cześciowo w kości, należy naświetlanie kombinować z leczeniem chirurgicznem.

Trzy obserwowane przezemnie przypadki, leczone promieniami Roentgena w połączeniu z zabiegami chirurgicznymi, wykazały zupełne wyleczenie. Dwa z nich dotyczyły gruźlicy błony śluzowej i kości w okolicy wyrostka zębodołowego, jeden w okolicy podniebienia twardego z zajęciem okostnej oraz podniebienia miękkiego łącznie z toczniem nosa.

Tkanka bujająca jest szczególnie wrażliwa na promienie, podobnież znajdujące się obficie w tkance ziarninowej komórki okrągłe nabłonkowate i olbrzymie; dlatego też jest ona bardzo wrażliwa na leczenie promieniami. Następuje zniszczenie gruzełków i tkanki granulacyjnej.

Wedle Aschoffa otoczone są laseczniki gruźlicze histocytami, których zadaniem jest rozpuszczenie otoczki woskowej laseczników, dzięki czemu stają się one dostępniejsze dla przeciwciał.

Celem naświetlania jest wzmożenie żywotności tkanki, otaczającej gruzełek, wywołanie rozpadu i zmniejszenia bujania tkanki granulacyjnej. Wedle spostrzeżeń eksperymentalnych Backmeistera i Küpferle'go wrasta warstwa obwodowa tkanki łącznej w rozpadającą się granulacyjną tkankę gruźliczą. Przychodzi do przemiany włóknistej. Dalej jest prawdopodobne, że z rozpadem komórek — zwłaszcza leukocytów — wyzwalają się ciała bakterjobójcze i występują fermenty powodujące autolizę.

Pomyślne wyniki radjoterapeutyczne otrzymali jeszcze u schyłku ubiegłego stulecia Freund, Kümmel, Gocht i Schiff, później Sjörgen i Sederholm, jakkolwiek stwierdzają, że wyleczenie następuje trudniej aniżeli przy toczniu. Albers-Schönberg i Hahn są zdania, że mimo korzystne wyniki radjoterapja nie zawsze chroni przed późniejszemi wznowami. Wetterer, Mader i Opitz otrzymywali pomyślne wyniki przy gruźlicy podniebienia miękkiego i języczka, mimo

*

trudnego dostępu, Kleinschmidt przy gruźlicy podniebienia twardego. Według Schmidta wpływać można korzystnie na wrzodziejącą postać tocznia. Przerostowa postać tocznia ulega kurczeniu. Thost opisuje wyleczenie po radjoterapji stosowanej przy gruźlicy języka i błony śluzowej jamy ustnej, tak samo i Jüngling przy ciężkiej sprawie gruźliczej języka, przechodzącej na wyrostek zębodołowy. Holfelder uważa radjoterapję jako bardzo skuteczne pomocnicze leczenie, skracające leczenie ogólne, podkreśla jednak przytem dodatnie oddziaływanie miejscowe. Wielkim zwolennikiem tegoż leczenia przy sprawach gruźliczych jest Schreus, kombinuje jednak radjoterapję z intenzywnem leczeniem świetlnem, podobnie jak Ammersbach. Spotykamy jednomyślną opinję, że nawet przy ciężkich sprawach następuje wielka ulga w cierpieniu, ból się zmniejsza, co ułatwia lepsze odżywianie się chorego.

Co do techniki naświetlania należy zauważyć, że jedni autorowie naświetlają poprzez części miękkie, o ile nie mogą poddać danej okolicy bezpośredniemu działaniu promieni. Jüngling i Holfelder wyrównują nierówności radjoplastyną i naświetlają z kilku stron. W innych przypadkach wprowadzają wprost do jamy ustnej małe rury roentgenowskie (Müller-Uri, Mador-Rosenthal). Przeważnie starają udostępnić chore części przez odsłonięcie warg ew. przy użyciu wzierników o świetle 2—3 *cm* (Schmidt).

Co do stosowanej dawki spotykamy następujące dane:

Autor:	*Jakość promieni:*	*Dawka:*	*Filtr:*	
Schmidt	10—12 We	$1^1/_2$—2 S. N. przez wziernik	3 *mm*	oraz sztuczne słońce
Kleinschmidt	—	7—9 X	2 *mm* Al	6 posiedzeń w odstępach 14 dniowych
Stark	—	1 HED	0,5 *mm* Zn	jedno lub więcej posiedzeń
Schreus	—	$^1/_4$ HED		oraz sztuczne słońce
Jüngling i Holfelder	—	$^1/_4$ HED z odległości 50—60 *cm*	0,5 *mm* Zn + 1 *mm* Al	
Rieder	twarde	$^1/_3$ HED z każdego pola	0,5 Zn+ 1 *mm* Al	w 14 dniowych odstępach czasu.

Gruźlica ślinianek.

Pierwotną gruźlicę ślinianek spotykamy rzadko. W opisanych 34 przypadkach dotyczyła sprawa chorobowa przyusznicy w 28 przypadkach. Braun leczył promieniami Roentgena jeden przypadek gruźlicy

ślinianek i cytuje 2 inne. Również Bednarek miał sposobność stosowania radjoterapji przy jednym przypadku gruźlicy gruczołu przyusznego. Technika naświetlania jest podobna do powyżej opisanej a używanej przy gruźliczych sprawach części miękkich.

Gruźlicze zapalenie gruczołów chłonnych podszczękowych.

Przy gruźlicy jamy ustnej i szczęk zajęte są zazwyczaj gruczoły podszczękowe.

Wetterer i Baisch rozróżniają 3 postacie tejże sprawy chorobowej:

1. gruczoły hyperplastyczne, nieropiące,
2. limfomy zamknięte, zropiałe lub zserowaciałe; w końcu
3. z wytworzeniem przetok.

Stosowanie promieniami Roentgena w celach leczniczych jest uzasadnione doświadczeniem klinicznem; stwierdzono bowiem, że wszelkie sprawy chorobowe odgrywające się w gruczołach chłonnych reagują bardzo korzystnie na naświetlanie, przedewszystkiem zaś sprawy miejscowo występujące.

Spotykamy więc wielkich zwolenników radioterapji przy gruźliczych objawach gruczołowych jak Rieder, Iselin, Garré, Baisch, Wetterer, Schreus, Schroeder, Petersen, Krecke, Holfelder, Jüngling, Baensch, Schmidhuber i wiele innych. Przeglądając piśmiennictwo odnosi się wrażenie, że wobec korzystnych wyników, uzyskanych za pomocą naświetlania promieniami roentgenowskiemi niektórych postaci gruźliczych gruczołowych w okolicy podszczękowej, leczenie chirurgiczne zeszło na plan drugi, przedewszystkiem zaś z powodu doskonałych wyników kosmetycznych, nie mówiąc już o tem, że leczenie to nie połączone jest z bólem. Rieder twierdzi nawet, że wyleczenie sprawy jest pewniejsze aniżeli po zabiegu chirurgicznym. Pomyślne wyniki uzyskali powyżej wymienieni autorowie w 60—90%, a nawet prawie w 100% (Jüngling). Lepsze wyniki stwierdzono przy obrzękach gruczołów twardych aniżeli przy zserowaciałych.

W przeciwieństwie do powyższych opinji Reyns nie poleca radjoterapji przy gruźliczych schorzeniach gruczołowych ze względu na niebezpieczeństwo atrofji skóry i możliwość powstania rozszerzeń naczyń włoskowatych skóry. Zmiany te obserwował także Gösta Runström.

Reyns daje pierszeństwo leczeniu światłem, ew. przy zastosowaniu drobnych zabiegów chirurgicznych. Tymże sposobem uzyskał dobre wyniki w 98% przypadków.

Działanie korzystne promieni roentgenowskich przy sprawach gruźliczych gruczołowych tłumaczą w ten sposób, że ziarnina gruźlicza zostaje

zniszczona i zastąpiona tkanką łączną, pomimo że nie zawsze znikają prątki gruźlicze. Obrzęki gruczołowe maleją i znikają prawie zupełnie, przetoki się zamykają. Świeże sprawy gruźlicze ustępują lepiej aniżeli zastarzałe (Stettner). Najwolniej reagują przetoki na tle gruźliczem. O ile gruczoły uległy zserowaceniu lub zropieniu należy ropę usunąć za pomocą nakłucia. Schmidhuber wstrzykuje po usunięciu punkcją ropy 10% zawiesinę jodoformową w glicerynie. Autor ten zwraca uwagę na często występującą reakcję wczesną. W kilka godzin lub dni po naświetlaniu zwiększają się gruczoły i obrzęk okoliczny się powiększa, ogólne poczucie chorego pogarsza się. Objawy te występują przeważnie po stosowaniu większych dawek, ustępują jednak bardzo szybko. Podczas leczenia metodą naświetlania należy zwrócić uwagę na poprawę ogólnego stanu chorego.

Technika naświetlania: Ze względu na możliwość uszkodzenia skóry należy stosować promienie o średniej twardości i filtr o grubości 0,4 *mm* Al do 0,5 *mm* Zn, a filtr 1 *mm* Al przy odległości 20—30 *cm*. Wielkość pola naświetlania zależy od rozmiarów obrzęku.

Co do wysokości dawki spotykamy zdania rozbieżne. Jedni stosują małe dawki w krótkich odstępach czasu, inni natomiast większe w odstępach dłuższych. Na posiedzeniu jednym stosują od $^1/_4$—$^3/_4$ HED w odstępach 3 — 6 — 8 tygodniowych. Młodszym osobnikom daje się zazwyczaj dawkę mniejszą. Przy równoczesnej gruźlicy szczęk ujmuje Holfelder gruczoły wraz z szczęką w jedno pole naświetlania.

Symetryczne zachorzenie gruczołów łzowych i ślinianek (choroba Mikulicza).

Przy tejże chorobie, rzadko spostrzeganej, uzyskano bardzo dobre wyniki za pomocą radjoterapji. (Fittig, Haenisch, P. Krause, Lüdin, Pfeiffer, Rieder i inni). Zasługuje to na uwagę i z tego względu, że inne sposoby leczenia zazwyczaj nie odnoszą skutku. Ponieważ spotyka się przy tejże chorobie i powiększoną śledzionę, naświetlano prócz chorych gruczołów również śledzionę. Następuje szybka poprawa po naświetleniu a nawet i wyleczenie sprawy i stan ogólny chorego poprawia się równocześnie.

Rieder poleca twarde promienie przez filtr 3—4 *mm* lub 0,5 Zn, aplikując $^1/_2$ dawki całkowitej przy odległości iskrowej 30—35 *cm*; naświetlanie powtarza po 4 tygodniach.

Lichen ruber planus.

Nieraz spotykamy liszaj płaski na błonie śluzowej jamy ustnej.

Przykre uczucie swędzenia ustępuje po naświetleniu promieniami Roentgena po 12—24 godzinach, guzki znikają szybciej czy później z po-

zostawieniem pigmentacji. Zamiast nacieków drobnokomórkowych tworzy się po naświetleniu promieniami roentgenowskimi tkanka granulacyjna i bliznowata (Freund i Oppenheim).

Rieder stosuje promienie o średniej twardości przez $^1/_2$—1 *mm* filtr glinowy. Naświetlanie powtarza po 1—3 tygodniach. O ile nie uzyskuje poprawy stosuje twardsze promienie o odległości równoległej iskrowej 25 *cm* przez filtr 2 *mm* Al, dając dawkę $^1/_2$ HED w 3 tygodniowych odstępach. Schreus daje $^1/_3$ HED promieni niefiltrowanych w odstępach 7—10 dniowych i powtarza leczenie to 3 do 4 krotnie po dłuższej przerwie. Jeżeli wynik jest niezadawalający naświetla przez filtr 0,5—1,0 *mm* Al.

Wetterer poleca jeszcze później naświetlać ze względów profilaktycznych.

Łuszczyca jamy ustnej (Leukoplakia).

Jak wiadomo przy chorobie tej o niewyjaśnionej dotąd dostatecznie etjologji leczenie okazuje się zazwyczaj bezskuteczne. Próbowano leczyć ją promieniami Roentgena. Już w roku 1906 zestawił Bachem szereg pomyślnych wyników. Polecają leczenie to Leduc, który opisuje 3 dobre wyniki po stosowania promieni niefiltrowanych, jak i Wetterer, Schmidt i Rieder. Ostatni autor twierdzi, że wynik pomyślny można otrzymać w każdym przypadku.

Mniej optymistycznie wyrażają się Sommer i Schreus, którzy nie zawsze uzyskali wyniki dobre, w każdym razie uważają i ci autorowie stosowanie radjoterapji za wskazane. Przedewszystkiem należy uciec się do tego sposobu leczenia przy bolesnych rozpadlinach i szeroko rozlanych sprawach. Uzyskuje się zawsze zmniejszenie się bólu i cofnięcie się sprawy zapalnej, ułatwienie mowy i żucia.

Technika naświetlania: Sommer stosuje 8—10 H przy 8—9 Benoist przez 2—3 *mm* filtr Al. Następne naświetlania po 3—4 tygodniach.

Schreus posługuje się słabo fitrowanymi promieniami dając dawkę $^1/_2$ HED.

Glossitis superficialis chronica (Mölleri).

W piśmiennictwie spotykamy wzmiankę o pomyślnym wyniku radjoterapji w dwóch przypadkach tego rzadkiego schorzenia.

Schultze opisuje jeden przypadek w r. 1919, który z opisu przypomina Glossitis Mölleri. Stosował wówczas 5 X przez 0,5 Al dwukrotnie z przerwą 14 dniową; przy tej sposobności usunął także bolesne zapalenie dziąseł. Wynik był trwały.

Drugi przypadek przytaczają Beck i Rapp. Stosowali dawkę $^1/_3$ HED przez 3 *mm* filtr Al trzykrotnie w odstępach 3—4 tygodniowych.

(Dokończenie nastąpi).

IDZI ŚWITAŁA
lekarz-dentysta
BYDGOSZCZ.

POLSKA USTAWA O WYKONYWANIU PRAKTYKI DENTYSTYCZNEJ.

La loi polonaise sur l'exercice de la profession dentaire.

Doc. pol. 3,0. *(Ciąg dalszy).* Doc. int. 616. 31 : 34.

W drugiej części (II. O wykonywaniu czynności techniczno-dentystycznych) reguluje Rozporządzenie Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki dentystycznej prawa techników dentystycznych.

Dwie rzeczy były tu do unormowania:

1. uprawnienia na przyszłość i
2. uprawnienia z powodu praw dawniej nabytych.

Ciekawą nazwę daje Rozporządzenie technikom dentystycznym w art. 13, który mianuje ich „osobami nieuprawnionymi do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej", i powiada, że osobom tym „wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych dozwolone jest wyłącznie pod kierunkiem i na zamówienie lekarza-dentysty". Zabrania się więc technikom dentystycznym „bezpośredniego stykania się z pacjentem, używania jakichkolwiek tytułów, reklamowania się, umieszczania szyldów, tablic i ogłaszania się" — poza prasą fachową.

Przepis ten zamyka techników dentystycznych w przyszłości w laboratorjach. Podkreślam to w pierwszym rzędzie ze względu na lekarzy-dentystów, a mianowicie tych, którzy posiłkowali i posiłkują się technikami nie tylko przy braniu wycisków ale także przy szlifowaniu zębów pod korony i mosty a nawet — niestety — przy leczeniu!

Zaznaczyć n. b. muszę, że przeciwko takiemu uregulowaniu praw techników dent. w przyszłości nie występowali ani technicy a tem mniej lekarze-dentyści.

Spór ostry toczył się o określenie praw techników dentystycznych „za przeszłość". Mówię „za przeszłość", bo technicy jako źródło żądanych uprawnień podawali nie kwalifikacje, nie zdobytą naukę i świadectwa lecz wyłącznie tylko fakt, że w tej przeszłości takie a takie uprawnienia posiadali. Rząd zrobił z tego zasadę t. zw. „nabytych praw".

Prawa te odnoszą się tylko do dwóch dzielnic: do Małopolski i Wielkopolski (Poznańskie-Pomorskie i Śląsk G.) i przedstawiają się jako wynik ustawodawstwa austrjacko-niemieckiego w chwili oddzielenia tych ziem od państw zaborczych. B. zabór rosyjski sprawę techników dent. miał uregulowaną mniej więcej w sensie art. 13. Rozporządzenia o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej.

Dla b. Austro-Węgier regulowało sprawę techników rozporządzenie ministra handlu, wydane w porozumieniu z ministrem spr. wewn. dnia 20. marca 1892 na podstawie § 24. ustawy przemysłowej z dn. 15. marca 1883. Według tego rozporządzenia prawo samodzielnego wykonywania czynności techniczno-dentystycznych w zdrowej jamie ustnej

nadawała koncesja. Powołane rozporządzenie przepisuje warunki uzyskania koncesji oraz władze uprawnione do ich udzielania.

Rozp. Prezydenta R. P. o wykonywaniu praktyki dentystycznej zachowuje wszystkie koncesje z czasów austrjackich i polskich aż do dnia wydania Rozporządzenia nadal pod warunkiem posiadania obywatelstwa polskiego. A nadto nadaje Ministrowi Spr. Wewn. prawo wydawania dalszych pozwoleń (koncesji) tym technikom dentystycznym, „którzy w dniu 1. stycznia 1927 r. posiadali już przynajmniej 7 lat nauki i praktyki zawodowej, odbytej na obszarze wymienionym w ustępie pierwszym artykułu niniejszego. Prawo zgłoszenia o nadanie tych zezwoleń gaśnie w dniu 31. grudnia 1927 r. Można sobie wyobrazić, ile podań wpłynie do 31. XII. 1927. do Min. Spr. Wewn. o dalsze zezwolenia, no i ile zostanie wydanych.

Najwięcej trudności i objektywnie i formalno-prawnie nastręczała dawna dzielnica pruska co do uregulowania uprawnień techników dentystycznych. Przedewszystkiem „nabyte prawa" techników w dzielnicy tej były największe. Skutek to t. zw. liberalnej polityki niemieckiej z lat sześćdziesiątych i siedmdziesiątych XIX. stulecia.

Ustawa przemysłowa (u nas procedurową zwana — Gewerbeordnung) datuje jeszcze z 1869 i zezwala każdemu obywatelowi na uprawianie każdego rodzaju przemysłu. Przykład: Krawiec bankrutuje na krawiectwie albo uprzykrzy je sobie. Zawiesza więc krawiectwo na kołku i otwiera nazajutrz — magazyn jubilerski albo jakikolwiekbądź inny — bez opowiadania się jakiej władzy i bez niczyjego zezwolenia.

Ustawa ta odnośnie do lekarzy chroni w § 29. tylko tytuł, t. zn. że lekarzem (Arzt), lekarzem-dentystą (Zahnarzt), lekarzem-weterynarzem (Tierarzt) nie wolno się zwać osobom, które nie posiadają aprobaty. Również tylko lekarzom aprobowanym wolno zapisywać leki. NB. Kary za przestępstwa tych przepisów nie były ani rygorystyczne ani wysokie chyba dopiero po wielokrotnych recydywach.

Nie byłoby więc co do b. zaboru prusk. żadnych ustawowych przepisów normatywnych odnośnie do uprawnień techników dentystycznych, gdyby w r. 1911. z okazji uchwalenia ustawy ubezpieczeniowej (Reichsversicherungsordnung) przy § 123. nie powstał w parlamencie Rzeszy niem. spór o to: czy wolno leczyć technikom dentystycznym członków Kas chorych czy nie wolno? Spór ten skończył się kompromisem w ten sposób, że ministrowie poszczególnych państw, wchodzących w skład Rzeszy, otrzymali pełnomocnictwo wydania rozporządzeń, sprawę tę normujących.

Otóż takie to rozporządzenie wydał pruski min. spraw wewn. dnia 13. XII. 1913 r., które opiewa, że w Kasach chorych technikom dentystycznym wolno leczyć, o ile: ukończyli 3 lata nauki u lekarza-dentysty wzgl. u wykwalifikowanego technika dentysticznnego i 4 lata praktyki. Wykwalifikowanym w sensie tego rozporządzenia technikiem dent. był tylko ten technik, który posiadał 3 lata nauki i 4 lata praktyki. Rozporządzenie to miało zamknąć drogę do Kas chorych wszelkim „samoukom" — byłym fryzjerom, kelnerom, kowalom etc....

Oczywiście przy ogromnym rozroście Kas chorych w Polsce, a w szczególności w b. zab. pruskim przez to, że rozbudowa już istniejących była na podstawie znanej ustawy znacznie łatwiejsza aniżeli wznoszenie no-

wych zrębów organicznych, ani lekarze-dentyści ani ci wykwalifikowani technicy nie mogli i dziś nie mogą zaspokoić potrzeb tych Kas. Stąd napór w szczególności ze strony Min. Pr. i Opieki Społecznej za rozszerzenie uprawnień techników - dent.

I oto owoc tych usiłowań:

1. ci technicy dentystyczni, „którzy posiadają uprawnienia do leczenia w Kasach chorych" — w myśl powołanego rozporządzenia pruskiego ministra spr. wewn. zachowują swoje uprawnienia;

2. ci technicy, którzy wprawdzie nie posiadają kwalifikacji w myśl rozporządzenia prusk. min. spr. wewn. „jednakże pracują samodzielnie co najmniej od 1. I. 1913 r. otrzymują równe prawa jak technicy dent. pod l. 1.

3. takież prawa otrzymują i ci technicy, którzy „rozpoczęli naukę przed dn. 1. I. 1920 a brakujące lata nauki lub praktyki uzupełnili najdalej do dnia 1. VI. 1927.

Prawo rejestracji — nie przyznania — tych uprawnień gaśnie z dn. 31. XII. 1927.

Oto treść przepisów art. 15. Rozporządzenia Prezydenta R. P. w sprawie wykonywania praktyki dentystycznej.

Art. 16—23. włącznie traktują w zakresie uprawnień i czynności techniczno-dentystycznych o tytule (technik - dentystyczny, uprawniony technik - dentystyczny) o egzaminach, o zwolnieniach od tychże egzaminów i nastręczają tyle zastrzeżeń, tyle zawierają sprzeczności, że należałoby o każdej kwestji z osobna i szczegółowo pomówić. Do tego nie nadaje się artykuł poglądowy, a więc ogólnie orjentacyjny. Przy okazji do nich powrócę.

(Dalszy ciąg nastąpi).

ZJAZDY NAUKOWE.

W dniach od 1. do 7. września 1927 odbył się w Norymberdze *drugi Zjazd dentystyczny niemiecki* o bardzo obfitym programie naukowym. Równocześnie odbyło się 64. doroczne zebranie Centralnego Związku lekarzy-dentystów niemieckich tudzież 30-letni jubileusz Obwodowego Związku lekarzy-dentystów Frankonji Środkowej i Górnej. Równocześnie odbywały się obrady Niemieckiego Towarzystwa Anatomji i Patologji Dentystycznej tudzież Związku Badania Chorób Przyzębia (Arbeitsgemeinschaft für Paradentosenforschung, w skróceniu ARPA). Zjazd był bardzo liczny, brało w nim udział około 1.200 lekarzy-dentystów nietylko z Niemiec lecz także z kilkunastu państw innych. Ze zjazdem połączona była bardzo obficie obesłana wystawa wytwórczości dentystycznej, w której uczestniczyły najpoważniejsze firmy wyrabiające instrumenty i przybory tudzież leki. Cechą charakterystyczną obrad były tematy stanowiące pogranicze dentystyki i medycyny ogólnej. Obszerne sprawozdanie ze zjazdu pióra Dra Allerhanda ukaże się w przyszłym numerze „Polskiej Dentystyki".

MJR. LEK. DENT. STANISŁAW BENO WARSZAWA.
St. ordynator Centralnej Przychodni
Dentyst. dla Oficerów Szp. Of. S. S.

ORGANIZACJA SŁUŻBY DENTYSTYCZNEJ W WOJNIE RUCHOWEJ (MANEWROWEJ)[1].

L'organisation du service dentaire pendant la guerre aux manoeuvres.

Die Organisation des zahnärztlichen Sanitätsdienstes im Bewegungskriege.

Doc. pol. 60.0 Doc. int. 616. 314 : 355.

Zaciężny charakter wojen nowoczesnych, walka na wyczerpanie przeciwnika, w której przyjmuje udział cały naród, zmusza każde państwo w razie wojny do zmobilizowania wszystkich rezerw. Powołani zostaną od młodzieńców do ludzi starszych. Służba zdrowia stanie przed ogromem zadania, aby nietylko zachować stan liczebny przez zmniejszenie zachorowań, lecz i przez szybkie wyleczenie rannych i chorych odbudowywać stan armij walczących. Wszystkie gałęzi wiedzy lekarskiej muszą dać maximum wysiłku i tak skoordynować ten wysiłek, mając na uwadze: wielkie przestrzenie, brak linji komunikacyjnych i dróg możliwych do transportu, aby ranni i chorzy żołnierze nietylko szybko byli opatrzeni, lecz również szybko przetransportowani wgłąb, gdzie otrzymają należytą pomoc i opiekę.

Wielkie skupienia ludzi, bytujące dłuższy czas w warunkach dalekich od wymogów higjeny ogólnej i osobistej ulegają przeważnie rozmaitym epidemjom, z któremi walka wskutek warunków jest nadzwyczaj trudna. Żołnierz przemęczony fizycznie i moralnie, niewyspany, źle i nieregularnie odżywiany jest bardzo podatny na wszelkie choroby. Jama ustna, źle lub wcale nieutrzymywana w czystości nie stanowi pod tym względem wyjątku. Zapalenie części miękkich z większem lub mniejszem owrzodzeniem, to zwykłe zjawisko. Zapobiegawcze środki w tych warunkach, nie dają spodziewanych wyników. O systematycznem leczeniu mowy być nie może. Płukanki zawodzą, bo jak i kiedy żołnierz ma to robić, gdzie nietylko o wodę przegotowaną, lecz o dobrą i zdatną do użycia jest trudno. Dolegliwości pochodzenia zębowego łatwiej usuwać się dają; usunięcie chorego zęba lub odpowiedni lek przynoszą ulgę. W takich to warunkach, trzeba tak zorganizować pomoc dentystyczną, aby umożliwić każdemu obrońcy spełnienie swego obowiązku.

Pomoc dentystyczna w wojnie manewrowej (ruchowej) winna być zorganizowana poczynając od punktów opatrunkowych kompanij sanitar-

[1]) Referat wygłoszony w Sekcji Dentystycznej IV. Międzynarodowego Zjazdu Medycyny i Farmacji Wojskowej w Warszawie, dnia 1. czerwca 1927.

nych. Lekarze-dentyści przychodni przy komp. san. dyw. oprócz udzielania doraźnej pomocy w chorobach zębów i jamy ustnej zgłaszającym się chorym, w warunkach sprzyjających będą dokonywać objazdów celem udzielania doraźnej pomocy w miejscu postoju oddziałów. W okresie walk współpracują z chirurgami przy opatrywaniu uszkodzeń szczęk. Muszą być odpowiednio wyszkoleni, aby zdecydowali i zastosowali wrazie potrzeby odpowiedni zabieg, w zasadzie będą nakładać pierwszy opatrunek unieruchomiający. Wobec ciężkich warunków pracy najbardziej wysunięta przychodnia dentystyczna musi posiadać wykwalifikowany personel i odpowiednie zaopatrzenie. — Ranny zostaje po opatrunku skierowany na stację rozdzielczą, gdzie po skontrolowaniu będzie wysłany celem dalszego leczenia do szpitali dla szczękowo-rannych. Zmienna rola szpitali polowych wskazuje, aby i tam był lekarz-dentysta, który w razie skierowania rannego szczękowego dałby mu pomoc fachową, następnie aby i ranni i chorzy szpitali polowych mogli wykorzystać czas przebyty w szpitalu dla podleczenia chorego uzębienia.

Szpitale ewakuacyjne również muszą posiadać przychodnie dentystyczne, gdyż w nich znajduje się wielka ilość rannych i chorych, którzy dłuższy czas (od 4—6 tyg.) tamże przebywać będą. Przychodnia dentystyczna szpitala ewakuacyjnego będzie dawała pomoc w całym zakresie; musi więc posiadać także pracownię techniczną, którąby w pierwszym rzędzie szybko uskuteczniała wszelkie naprawy uszkodzonych dostawek zębowych. Szpital ewakuacyjny, będąc przeważnie środkowym punktem strefy operacyjnej swojej armji z najbardziej dogodnem połączeniem komunikacyjnem, jest i najbardziej dogodnem miejscem, gdzie chorzy na zęby, mając ułatwiony dojazd nietylko otrzymują pomoc fachową lecz i również prędko powrócą do swych oddziałów. Przychodnia ta musi wykonywać wszystko wchodzące w zakres pomocy dentystycznej w polu, by chorzy na zęby lub z uszkodzonemi dostawkami nie byli wysyłani dalej; doświadczenie uczy bowiem, że im głębiej od linji frontu odsyła się chorych, tem później lub przeważnie wcale nie wracają już z powrotem.

Sztaby armji, jako zatrudniające wielką ilość oficerów, szeregowych i sił pomocniczych, będące zarazem miejscem bardzo wytężonej i odpowiedzialnej pracy, muszą mieć zapewnioną pomoc fachową.

Dywizje piechoty, kawalerji i samodzielne brygady mają organizacyjnie przez swoje kompanje sanitarne zapewnioną pomoc dentystyczną. Pomoc ta, tylko w dywizjach jazdy i samodzielnych brygadach w czasie większych przemarszów podawaną jest „z konia“ boć o ambulatoryjnem leczeniu wówczas mowy być nie może. Przeważnie jazda otrzymuje pomoc dentystyczną od sąsiadujących z nią zakładów piechoty.

Parki artyleryjskie, baony saperów, szwadrony jazdy dywizyjnej i t. p. również pomoc fachową będą miały udzielaną przez zakłady tych jednostek piechoty, do których będą przydzielane.

Strefa etapowa wielka, bo idąca często w setki kilometrów, mająca wszystkie tyłowe zakłady, formacje zapasowe, polowe domy uzdrowieńców i t. p., posiadać będzie swoje przychodnie dentystyczne. Polowe domy uzdrowieńców muszą mieć również etapowe przychodnie dentystyczne.

Przychodnie dentystyczne etapowe pomoc dawać będą w pierwszym rzędzie oddziałom idącym na linje bojowe — marszówkom, dalej rannym i chorym, którzy po wyzdrowieniu wrócą znów na front, rezerwowym formacjom, które w każdej chwili mogą być rzucone do strefy bojowej i wreszcie dopiero funkcjonarjuszom pracującym w strefie etapowej.

Pomoc w strefie operacyjnej, a tembardziej w wojnie manewrowej musi być dana szybko i radykalnie, aby chory wiele razy nie potrzebował przychodzić. W wojnie ruchowej oddziały zbyt często zmieniają miejsce postoju, chory przy najlepszych chęciach nie zawsze może przyjść do dalszej kuracji. Chorych dotkniętych cierpieniami jamy ustnej i zębów leczy się ambulatoryjnie, w wyjątkowo ciężkich przypadkach schorzeń jamy ustnej należy przekazać chorego do najbliższej formacji służby zdrowia (szpitala polowego lub ewakuacyjnego); szerokie masy żołnierskie, które w większości swojej dopiero w czasie służby wojskowej dowiadują się o higjenie jamy ustnej, mają narząd żucia w stanie opłakanym, nawet u ludu zdrowe zęby są obecnie rzadkiem zjawiskiem. Na służbie dentystycznej leżeć będzie obowiązek nieść ulgę cierpiącym i choć częściowo uratować to, co pozostało. Jestto zadanie ogromnie trudne, bo i w czasie pokoju, przy stosunkowo niewielkiej liczebności armji stopy pokojowej, pomoc dentystyczna wymaga dużego wysiłku, aby zmniejszyć ujemne następstwa zaniedbania stanu uzębienia przez dom i szkołę. W czasie wojny liczba uprawnionych do tej pomocy wzrośnie wielokrotnie; warunki bojowe, wielkie przestrzenie, bezdroża i t. p. utrudniają podanie tej pomocy. „Lotne" przychodnie dentystyczne, w dosłownem tego słowa znaczeniu, przydzielane do większych jednostek (grupy operacyjne i t. p.) a funkcjonujące sprawnie, najlepiej odpowiadałyby wymogom. Przychodnie takie, przerzucając się z miejsca na miejsce, czas chwilowego spokoju, bądź kiedy oddziały są w rezerwie lub w dalszych linjach obrony, zużyłyby na oględziny i danie doraźnej pomocy. Ażeby lotne przychodnie dentystyczne odpowiadały swoim zadaniom, winny być urządzane na samochodach, rzadziej w wozach kolejowych. Da im to możność nietylko przerzucać się z miejsca na miejsce, lecz umożliwi, bez straty czasu na wyszukiwanie pomieszczenia, odrazu przyjęcie chorych.

Personel tak lekarski, jak i niższy, musi być w czasie pokoju odpowiednio wyszkolony, aby w warunkach przyfrontowych mógł odrazu intenzywnie pracować. Pracuje się w ciasnocie, w źle oświetlonych pomieszczeniach, często brak wody na miejscu i nawet cięższe zabiegi wykonywać trzeba, mając do pomocy tylko sanitarjusza. Personel niższy musi być wyszkolony tak, aby nietylko pomagał przy pracy, lecz szybko i bez uszkodzeń umiał spakować i rozpakować instrumentarjum. Szeregowi sanitarjusze, którzy w czasie pokoju przeszkolenie zawodowe odbywali w przychodniach dentystycznych, muszą być bezwzględnie w czasie wojny przydzielani do przychodni dentystycznych polowych. Ewidencja tych szeregowych musi być prowadzoną. Systematyczność musi być przestrzegana bezlitośnie, aby każdy sanitarjusz bez namysłu wiedział, gdzie co leży, lub ułożone być powinno. Pouczenie niższego personalu do akuratności oddawać będzie nieocenione usługi. Zgrany, dobrze wyszkolony personel, to większa część trudności w pracy usunięta.

Zestawy przychodni dentystycznych polowych muszą być tak dobrane aby, dając możność wykonania każdego zabiegu, przy przejazdach i szczupłych środkach przewozowych, mogły być łatwo składane i transportowane. Wszystko musi mieścić się w solidnych skrzyniach. Skrzynie w wielu wypadkach służyć będą jako stoły, stołki i t. p. Środki, jak: spirytus skażony, benzyna i nafta, muszą być dostatecznie uwzględnione, gdyż nietylko brak tych środków na miejscu, lecz trudności w dostaniu i przewiezieniu ze składnic polowych wywołuje często przerwy w pracy.

Wszyscy powołani technicy dentystyczni, którzy nie znajdą zajęcia przy pracowniach, winni być przydzieleni do polowych przychodni, gdzie będą o wiele większą pomoca przy pracy, niż surowy materjał szeregowych.

Lekarze-dentyści z dużem doświadczeniem fachowem muszą być przydzielani do jednostek walczących, ponieważ pomoc musi być okazywaną w warunkach technicznie trudnych, ilość chorych przyjęta musi być duża. Czem mniej szeregowych nawet z poważniejszemi zachorowaniami jamy ustnej będzie odsyłanych do przychodni leżących głębiej, tem sprawność bojowa jednostek frontowych będzie większą. Ponieważ wojna ruchowa daje tyle niespodzianek, że najlepiej wypracowany plan zawodzi, rzutkość, szybka decyzja a często i improwizacja muszą być cechą nietylko organów kierowniczych, lecz i wykonawczych służby zdrowia.

Przewidzieć, zorganizować tak pomoc dentystyczną, by mogła podołać zadaniu, przy jaknajbardziej celowem wykorzystaniu fachowców i możliwie niewielkich wydatków, oto zadanie służby dentystycznej w wojnie manewrowej.

DZIAŁ SPRAWOZDAŃ I STRESZCZEŃ.

BIOLOGJA.

Landsberger **(Berlin). Uwagi bjologiczne. (Biologische Betrachtungen). D. M. f. Z. 1927, zesz. 8. str. 366—371.**

Usunięcie eksperymentalne narządów zmysłowych oraz rozrodczych i zębów u zwierzęcia nie powinno być dla niego śmiertelne, bo przecież wszystkie inne narządy potrzebne do życia będą nadal pracowały, a zwierzę pozbawiliśmy tylko narządów, które umożliwiały mu tylko pośrednictwo ze światem zewnętrznym, lub które nie były mu do życia koniecznie potrzebne. Wyobraźmy sobie, że doświadczenie takie, zrobilibyśmy z człowiekiem, to mielibyśmy wtedy jednostkę czysto fizyczną w przeciwieństwie do człowieka, który posiada wszystkie narządy i stanowi jednostkę organiczną, czyli indywiduum. Gdybyśmy u jednostki fizycznej zniszczyli tylko jeden z pozostałych narządów, to cały ustrój zginąłby, każdy bowiem z nich potrzebny jest do życia. Inaczej sprawa przedstawia się z narządami zmysłowymi, rozrodczymi i zębami. Każdy z nich stanowi dla siebie całość i zniszczenie jednego nie pociąga za sobą zniszczenia drugiego. Indywiduum natomiast jest dla nas wyrazem najwyższego ukształtowania się organicznego; mimo to widzimy cały szereg urządzeń niekorzystnych dla istnienia jednostki i błędów w jej organizacji. Zarzuca się często naturze, że n. p. niekorzystnie umieściła człowiekowi tchawicę przed przełykiem i że przy połykaniu i przy równoczesnem mówieniu lub śmianiu się nagłośnia nie zamyka szczelnie wejścia do krtani i może przyjść do zakrztuszenia się a nawet uduszenia. Wprawdzie natura broni się przed tem zapomocą kaszlu, sposób ten jednak często okazuje się niedostatecznym. Tak samo spotykamy się z zarzutem, że rogówka oka jest nierównomiernie zaokrąglona, krzywizna pionowa jest inna niż pozioma i promienie dlatego nie spotykają się w jednym punkcie.

Trzecim takim zarzutem jest, że szkliwo zęba nie posiada zdolności regeneracyjnej, która byłaby tem potrzebniejszą, że szkliwo przecież wskutek gryzienia zużywa się. Dalej w ustawieniu zębów jest ten błąd, że stoją one pojedynczo i pokarm dostaje się w przestrzenie między nimi, a zatrzymując się sprzyja rozwojowi próchnicy. Robiąc jednak te zarzuty naturze, musimy pamiętać o jednem, że organizm ludzki znajduje się ciągle w okresie ewolucji pod wpływem podniety. Pierwszy Virchow i Bier wypowiedzieli twierdzenie, że podnieta jest jedynym czynnikiem, który organizm lub jego pewną część pobudza do reakcji. Organizm przedstawia jakoby maszynę, której każda część, pracując wspólnie z innemi, jest zależna od całości. Pośrednikiem, który łączy niejako pracę poszczególnych narządów, jest krążenie krwi, które nietylko dowozi materjały odżywcze ale również i substancje pobudzające narządy do czynności t. j. wydzieliny gruczołów dokrewnych, które z krwią dostają się i do mózgu i od niego znów otrzymują podniety dalsze do czynności swoich. Powstaje w ten sposób w organizmie circulus utilis, a sam organizm przedstawia się jako suma reakcji i istnieje dzięki reakcji. Podnieta jako czynnik mechaniczny jest bodźcem pobudzającym, na który organizm odpowiada reakcją. Całość stwarza proces a każdy proces jest jednem ogni-

wem w łańcuchu poszczególnych ruchów, każdy zaś ruch jest znów czynnością mechaniczną. Mimo to mamy doświadczenia, które wykazują, że podnieta nie zawsze daje się sprowadzić do pojęcia czysto mechanicznego. Doświadczenie takie robiono na psie młodym, któremu zaraz po urodzeniu zniszczono w górnej szczęce po jednej stronie wszystkie zawiązki zębowe po drugiej zaś zostawiono je nietknięte. Po roku zabito zwierzę. Przekonano się, że cała czaszka po stronie operowanej aż do łuski kości potylicznej była zdegenerowana. Cała górna część czaszki była cienka i zapadnięta. Po drugiej zaś stronie zdrowej była czaszka zupełnie normalna. Z doświadczenia tego możemy wnioskować, że w zębach leży silna podnieta w rozwoju całej czaszki. Nie możemy przyjąć, że podnieta ta wywiera mechaniczne działanie na najbliższą blaszkę kostną, a ta na drugą i t. d. aż do kości potylicznej, bo natura z pewnością nie posługuje się tą drogą. Raczej przyjąć możemy, że gra tu rolę krążenie krwi, które przenosi podnietę. Drugi przykład, że pojęcie podniety jako czynności czysto mechanicznej nie wystarcza, jest następujący: zapomocą badania histologicznego wykazano, że wyrostek zębodołowy jest produktem zębów. W woreczku, który w okresie embrjonalnym otacza narząd szkliwny zęba wytwarza się przez układanie się beleczek kostnych zębodół, który dopiero potem zrasta się z właściwą szczęką. Im bardziej zębodół przez wzrost się wydłuża, wysuwa z jednej strony zawiązek zęba coraz to wyżej z drugiej zaś strony robi miejsce dla korzenia zęba. Obydwa procesy wzrastania do góry zębodołu i zapadania się zawiązka korzenia zębowego odbywają się w zależności od siebie. Widać to na zębach, które wyrżnęły się bez korzeni, a gdzie także i wyrostek zębowy słabo tylko się rozwinął. Co tutaj stanowi pierwotną podnietę? Obydwa narządy równoznaczne rozwijają się równocześnie. Mamy tu więc wyrównanie się równocześnie. Mamy tu więc wyrównanie się wzajemne działań, gdzie podnieta i reakcja przypadają w tym samym czasie i łączą się bezpośrednio ze sobą. Doświadczenia te cokolwiek odbiegają od twierdzenia Virchowa i Biera. Przyjąć musimy, że w organizmie obok podniet istnieją już od początku siły pewne, które wywołują procesy życiowe. Zjawisko to przypomina nam powinowactwo chemiczne pewnych pierwiastków, gdzie niema podniety, szczególnie chciwe łączenie się tych pierwiastków leży już w ich naturze. Leibnitz wprowadził do nauk przyrodniczych pojęcie dynamiki. Rozumie on przez to siłę, która nietylko zawiera w sobie „działanie" ale także i „pierwotną czynność". Jedno i drugie tworzy całość. Leibnitz w przeciwieństwie do Virchowa i Biera, którzy podnietę uważają za coś mechanicznego, szuka raczej jej źródła w pierwiastku, który odpowiadałby u człowieka pierwiastkowi duchowemu. Jako przykład podaje on procesy fizyczne, powstałe przez działanie podniety psychicznej, gdzie niema więc mowy o podniecie mechanicznej. Z tych kilku szkiców widzimy, że dla pojęcia bjologji nie mamy dziś jeszcze stałej formuły. Pojęcie to zmienia się stale z postępem nauk przyrodniczych. Jedynie procesy życiowe jako takie są te same, niezmienne, ale gdzie leży ich źródło, czy jak chce Virchow-Bier w podniecie mechanicznej, czy jak chce Leibnitz w „pierwotnej czynności", to dopiero przyszłe badania wyjaśnią. *Kwiatkowski* (Lwów).

FARMAKOLOGJA

Guido Kronenfels (Wiedeń). **Roztwór Halogenu według Albrecht-Ulzera w stomatologji i zębolecznictwie. Z. f. Stom. 1927, zesz. 5. str. 16.**

Roztwór Halogenu podany przez Prof. Albrechta jest mieszaniną soli jodu, chloru, fluoru we wodzie przekroplonej i łączy w sobie działanie podchlorynu Dakina i roztworu Pregla. Jest do nabycia w małych rurkach zawierających po 10 gramów sproszkowanego Halogenu, wytwarzany w Alpine Chemiche A. G. Kufstein i rozpuszcza się w 1 litrze wody przekroplonej. Roztwór jest nieco hypertoniczny, koncentracja jonów wodorowych PH=6,0. Na błonę śluzową jamy ustnej nie działa drażniąco i nie przestaje być jałowym nawet w naczyniach niewyjałowionych. Według Rizak'a niszczy po 24 godzinach nawet zbite kolonje staph. aureus, bact. coli i bac. subtitilis. W ropie niszczy wszelkie zarazki po 24 godzinach, nawet w rozczynie 1:5. Krew i surowica zmniejszają siłę bakterjobójczą. Jedynie bac. pyocyaneus jest odporny na działanie Halogenu. Hypertonja Halogenu w związku z wyższą koncentracją jonów wodorowych stwarza warunki niekorzystne dla rozwoju drobnoustrojów i wpływa dodatnio na gojenie się rany. Aseptyczne rany wykazują silne i prędkie zrosty, a rany septyczne wczesny zanik stanu zapalnego, bolesności i stosunkowo prędko się zabliźniają. Zastosowanie Halogenu odnosi się szczególnie do leczenia zapaleń błony śluzowej jamy ustnej, do dezynfekcji jamy ustnej przed operacją, do dezynfekcji przy resekcji korzeni, do przemywania kanałów przy zgorzeli, do dezynfekcji przy obrażeniach dziąseł, przy zakładaniu koron, mostków i wypełnień pod dziąsłem i do dezynfekcji rąk. *Skutecka.*

PATOLOGJA, TERAPJA.

W. Meyer. **Działanie miejscowych uszkodzeń na zarodki stałych zębów. D. M. f. Z. 1927, nr. 10.**

Szkodliwe działania na zarodki stałych zębów mogą być dwojakie: 1. urazowe — gdy dziecko n. p. upadnie i mleczny ząb zostanie wciśnięty w stosunkowo miękki zębodół i uszkodzi zarodek zęba stałego, 2. zapalne — spotykane częściej, wywołane szczytowem zapaleniem ozębnej zęba mlecznego. Jeżeli się przypatrzymy obrazowi roentgenowskiemu, na którym mamy wzajemny stosunek zębów mlecznych do zębów stałych, to zobaczymy, że mleczne trzonowcę dolnej szczęki obejmują swoimi trzema korzeniami korony stałych zębów i prawie je dotykają, podczas gdy korzenie mlecznych górnych trzonowców, a zwłaszcza zębów siecznych są bardziej oddalone od zębów stałych. Także zewnętrzna blaszka kostna górnej szczęki jest znacznie cieńczą od dolnej, wskutek czego łatwiej przychodzi w górnej szczęce do wytworzenia się przetoki niż w dolnej, co się również przyczynia do mniejszego uszkodzenia zarodków stałych zębów. Ze względu zatem na bliższy kontakt mlecznych dolnysh trzonowców, jakości blaszki kostnej i dłuższego pozostawiania ich w szczęce, powstają uszkodzenia dolnych stałych przedtrzonowców znacznie częściej, aniżeli innych stałych zębów. Uszkodzone więc korony dolnych przedtrzo-

nowców skutkiem zapaleń zębów mlecznych (t. zw. zęby Turnera) wykazują mniejszy lub większy niedorozwój szkliwa, wzgl. zębiny; są podobne do zębów z suchą próchnicą albo też do hypoplastycznych zębów, spowodowanych jakąś chorobą z okresu ich tworzenia się. Fakt jednak, że one się już w tym stanie wykłuły i że inne zęby z tego samego okresu tworzenia się z drugiej strony nie wykazują podobnych zmian — przemawia za zębami Turnera. Im później takie zapalenie ozębnej zęba mlecznego powstaje, tem mniejsze będzie uszkodzenie zęba stałego. *Brill* (Lwów).

***Kronfeld* (Wiedeń). Leczenie uzębienia u dzieci. Z. f. Stom. 1927/5. str.**

Leczenie uzębienia mlecznego jest nie mniej ważne jak leczenie zębów stałych; obecność bowiem zęba mlecznego aż do czasu wykłucia zęba stałego jest warunkiem do późniejszego prawidłowego zgryzu. Dobre natomiast żucie pokarmów jest w każdym wieku dziecka niezmiernie ważne i tylko wtenczas możliwe, jeżeli uzębienie nie będzie wrażliwe na dojście płynów i zdolne do czynnościowego zadania. Do częstych skarg w praktyce dziecięcej należy zgrzytanie zębami. Podłożem tego objawu jest często choroba na robaki; zgrzytanie spotyka się również u dzieci nerwowych i neuropatycznych. Karolyi radzi w takich wypadkach nasadzanie na noc koron na mleczne trzonowce, aby uniemożliwić zupełne zwarcie się szczęk. Korony powinne być wykonane całe z blachy złotej, albo też z daszkiem kauczukowym, zaopatrzone w małe uszko i przywiązane zapomocą silnego sznurka jedwabnego przełożonego na szyję. Dla zniesienia zbytniej wrażliwości zębiny zniszczonej odwapnieniem należy stosować rozczyn 30—50% azotanu srebra z natychmiastową redukcją formaliny lub eugenolem. Do wypełnienia ubytków powierzchownych należy używać gutaperkę, cement, krzemiany z podkładem cementowym, a ubytki od strony podniebienia i językowej wypełniać amalgamem. Zapalne stany miazgi można leczyć zapomocą wkładek arszenikowych i po 24 godzinach stosując amputację miazgi. Ani przy zapaleniu miazgi ani też przy zgorzeli nie należy nigdy wprowadzać instrumentów do przewodów zębowych, zapobiega to wprowadzeniu zarazków poza szczyt korzenia i tem samem zakażenia zawiązka zęba stałego. Zgorzel należy leczyć wkładkami trójkrezol-formalinowemi i w wypadkach niepowikłanych powtarzać wkładki tylko raz jeden. Ten sam przebieg leczenia odnosi się do 6 zęba stałego.

Skutecka.

***Begelmann J.,* Moskwa. „Przyczynek do stosowania małych dawek proteinowych". O stosowaniu injekcji mleka w schorzeniach okołozębowych. D. M. f. Z. 1927. p. 128.**

Liczne obserwacje kliniczno-laboratoryjne, wykazały wprawdzie brak uniwersalności działania ciał proteinowych, jednak nie mogą odmówić im wybitnych właściwości leczniczych dla specjalnych stanów chorobowych. Niedomaganie w stosowaniu terapji proteinowej stoi w ścisłym związku z brakiem ustalających metod. Jakiem ma być dawkowanie, to największa troska chwili obecnej. Autorowie, jak Arndt i Schulz podają, że przy małych dawkach czynność komórkowa zwiększa się, zaś przy dużych, przychodzi do porażenia czynności komórkowej. Zimmer przedstawia na wykresie stosunek zachodzący pomiędzy siłą podnietу a wielkością reakcji.

Jest on zdania, że należy wystrzegać się przedawkowania podniet a siła podniety nie powinna przekroczyć celowych wartości. Na określeniu bowiem małych i dużych dawek polega cała trudność — gdyż określenia tych wielkości są pojęciami w zupełności względnemi.

Przy dawkowaniu zaś podniet należy brać pod uwagę właściwości biologiczne komórki, wzgl. komórek jako kompleksu. I tak bowiem dawka będąca małą dla zdrowej komórki, będzie nadmiernie wielką dla chorej. Terapja proteinowa, znajduje się w okresie eksperymentów, musimy mieć ciągle na względzie przypadki pojedyncze, ich przebieg, czas trwania leczenia, następnie częstość powtarzania leczenia — wszystko to bowiem wpływa na sposób stosowania ciał proteinowych.

Niektórzy autorzy jak: Nissen, Braun, Henze, Scherbel i Hille, stosują duże dawki od 1—3—5 *gr.*, podskórnie lub wśródżylnie i powtarzają ten zabieg 3 do 5 razy. Hille stosuje injekcje w błonę śluzową jamy ustnej, tłumacząc działanie w ten sposób, że im bliżej ogniska chorobowego znajduje się miejsce wkłucia, tem silniejszem jest działanie. Wspomniani autorowie stosują leczenie ciałami proteinowemi, tak w ostrych jak i przewlekłych sprawach chorobowych, w większości przypadków z dobremi wynikami. Z rosyjskich lekarzy Łukomskij od roku 1923, poleca i stosuje leczenie mlekiem, szczególnie przy gingivitis atrophicans, stosując dawki małe od 0,1 do 0,2. Temi samemi sposobami posługuje się i autor w swej klinice od roku 1925. Na ogół leczono 40 przypadków, w różnych okresach, od początkowych do daleko posuniętych i obejmujących więcej zębów, a również i o dominujących zmianach zanikowych przyzębowych. Do injekcji używa mleka sterylizowanego. W pięciu przypadkach stosowano surowicę końską o początkowych dawkach od 0,1 zwiększanych o 0,1 — aż do 0,5, na której to dawce stawano. Injekcje stosowano zazwyczaj co drugi dzień. Jako zasadę przyjęto nie wcześniej stosować nową injekcję zanim nie zniknęły po poprzedniej wszelkie objawy reakcyjne. Przy wyborze miejsca wkłucia kierowano się zawsze działaniem miejscowem, a więc oddaleniem od ogniska chorobowego, nie zapominając jednak o działaniu ogólnem. W ogólnej liczbie przypadków poza poprawą miejscową, widoczną była poprawa ogólnego samopoczucia nawet niektórzy pacjenci pozbyli się po kuracji reumatyzmu. Stosuje się tak zwane dłuższe leczenie składające się z 30—40 injekcji, lub krótsze z 15—20; pierwsze raczej w przypadkach przewlekłych, drugie zaś w przypadkach świeżych, ostrych wzgl. wtedy, gdy zachodzi potrzeba powtórzenia leczenia.

W klinice dentystycznej uniwersytetu moskiewskiego przeprowadzono 900 injekcyj, o reakcji przeważnie bardzo słabej lub ledwo dostrzegalnej. Zmniejszenie obrzęku w miejscu zastrzyku, ustępowało zazwyczaj do kilku godzin po zabiegu i bolesność się zmniejszała. Tu i ówdzie reakcja objawiała się bólami członków, osłabieniem ogólnem, podwyższeniem ciepłoty. Stosowanie małych dawek nadaje się do leczenia ambulatoryjnego, przyczem w wyjątkowych tylko przypadkach reakcja występuje w postaci silniejszego obrzęku niebolesnego, utrzymującego się przez kilka dni, jakoteż ogólnego osłabienia. U jednej chorej wystąpił już po 4-tej injekcji bardzo silny obrzęk, a po 5-tej stan tak dalece się pogorszył, że musiano dalszych zabiegów zaniechać. Przedewszystkiem zwracano uwagę na wygląd błony śluzowej, która zazwyczaj pod wpływem leczenia przybierała coraz

to zdrowszy wygląd. Stwierdzić było można po 8—10 wstrzyknięciach zmniejszenie się krwawienia z dziąseł i ropienia, ustalanie się zębów, zmniejszenie się bolesności przy gryzieniu. Nawet w 3 przypadkach w których przed terapją proteinową wykonano operację metodą Cieszyńskiego-Neumanna bez zadowalających wyników, w dwu wstrzymano proces chorobowy stosując injekcję mleka, trzeci pozostał bez wyników.

W niektórych przypadkach poprawa utrzymywała się czasowo, poczem stan chorobowy wracał do dawnego. Krytycznie rozpatrując podane przypadki wnioskujemy, że terapja proteinowa w początkowych okresach chorobowych może dać dobre wyniki, natomiast w sprawach zaawansowanych i przewlekłych wyniki będą mniej pewne. Wprawdzie terapja proteinowa po dziś dzień nie może być uważana za metodę dającą pewność zupełnego wyleczenia jednakowoż może być pomocną przy stosowaniu innych zabiegów nie zawsze uwieńczonych dodatnimi wynikami.

Bruchnalski (Lwów).

***Hauberrisser* (Getynga). Gojenie się ran pooperacyjnych w jamie ustnej. D. M. f. Z. 1927. Nr. 3. str. 116.**

Warunki gojenia się ran w jamie ustnej są korzystne, dlatego zadawalamy się po największej części gojeniem wtórnem. Jako przykład mamy najczęstszą operację — resectio apicis dentis — przy której jest przeważnie sanatio per secundam wzgl. per granulationem. Przyczyną tego nie jest może niedostateczna technika operacyjna albo brak aseptyki, ale należy jej szukać w tem, że nie usuwa się momentów opóźniających zwykły proces gojenia. Należą tu: krwawienie śródtkankowe, zakażenie rany i urazy zewnętrzne. Zakażenie rany może nastąpić, albo wśród operacji albo po operacji przez świeżo wytworzony wiotki skrzep krwi. Można poniekąd zmniejszyć niebezpieczeństwo zakażenia rany przez opatrunek ochronny, przez zahamowanie wydzielania śliny, najlepiej przez tamponadę. Wobec tego jednak, że materjał służący do tamponady jest ciałem obcem dla organizmu i opóźnia przez to zwykły tok gojenia, szukano materjałów zdolnych do wchłonięcia, jak kawałki mięśni, tłuszcz z sieci; catgut i osocze krwi zastosowane przez Vogla, które utrzymuje się przez dodanie cytrynianu sodu w stanie płynnym, a można je w razie potrzeby przeprowadzić w stan skrzepnięcia przez dodanie chlorku wapnia. Osocze to, jako preparat fabryczny Vivocoll, stosuje się albo jako zastrzyk w świeżą ranę, albo przez zakraplanie, wreszcie pod postacią skrzepniętej plomby przy ubytkach w kościach, w jamach po torbielach. Autor stosował Vivocoll w chirurgji jamy ustnej z dobrym wynikiem, przeto czuje się zobowiązanym podać technikę i krótkie sprawozdanie o próbnych wynikach.

Po ogrzaniu do 37° C mieszaniny Vivocollu i chlorku wapnia w stosunku 20 : 1, wstrzykuje się wzgl. wkrapla się ją pipetą w ranę poprzednio wysuszoną. Dobrze jest przedtem — o ile było wskazanie — założyć szwy, aby po zastosowaniu Vivocollu natychmiast zaciągnąć węzełki. Autor stosował je na ranach poekstrakcyjnych, pooperacyjnych, mianowicie po resekcjach, operacjach torbieli i t. p. Wyniki były nadzwyczajne, w 80% przypadków odbyło się gojenie per primam.

Autor badał też i preparaty histologiczne okolic ran i tu też zauważył szybsze odradzanie się tkanek i nabłonka.

Sposób stosowania Vivocollu jest łatwy i prosty dlatego autor radzi go stosować przy każdej sposobności w codziennej praktyce, by ulepszyć dotychczasowe wyniki gojenia się ran. Możnaby go też spróbować przy innych operacjach jamy ustnej n. p. przy zamknięciu wrodzonych szczelin podniebiennych, przy wyłuszczaniu migdałków, etc. *Bleichfeld* (Lwów).

Ritter **(Berlin). Nowoczesne środki przeciwkiłowe i ich wpływ na jamę ustną. Z. R. 1927 Nr. 6 str. 81 i Nr. 7 str. 100.**

Z pośród całego szeregu zagadnień wyłania się żywotna dla każdego stomatologa kwestja działania środków stosowanych w leczeniu kiły na jamę ustną. Środków tych mamy wiele, nie wszystkie jednak odpowiadają stawianym im wymogom. W pierwszym rzędzie powinny one działać intenzywnie i szybko neutralizować zdolność zakażania jamy ustnej, pozatem powinny umożliwiać wykonywanie wszystkich zabiegów związanych z leczeniem kiły bez szczególnej, nieraz tak uciążliwej pielęgnacji jamy ustnej. Ze środków znajdujących szczególne zastosowanie w leczeniu kiły są: rtęć, bizmut, neosalvarsan i jod. Największą niewątpliwie szkodę wyrządza błonie śluzowej rtęć. Ten najpotężniejszy i od dawna skutecznie stosowany środek daje rozmaite, nieraz ciężkie formy zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, które krzyżują plan całego leczenia. Szczególnie wrzodziejące postacie zapalenia tak często towarzyszące intenzywnemu leczeniu rtęcią upośledzają odżywianie, utrudniają pracę zawodową, stają się udręką dla sfer robotniczych, których ciężkie warunki uniemożliwiają konieczną pielęgnację. Objawy zapalne błony śluzowej mogą wystąpić wśród leczenia bądź też po ukończonem leczeniu pod wpływem różnych szkodliwych czynników. Główną formą jest stomatitis mercurialis, która występuje nietylko po zażyciu wielkiej ilości rtęci, lecz przy pewnej przeczulicy nawet mała ilość rtęci wystarczy, by wywołać postać wrzodziejącą z krwawemi biegunkami i podrażnieniem nerek. Gdy zgłasza się pacjent, który nie odbył leczenia specyficznego a jednak uderza nas owe nieomylne cuchnienie, to szukamy etjologji gdzieindziej. Możemy ją znaleść w zastosowaniu jakiejś maści przy afekcji skórnej (biała maść lub czerwona). U osobników wrażliwych wystarczy samo przebywanie w pokoju, w którym wydzielają się pary rtęci, by wywołać takie objawy. Tu nie od rzeczy będzie wspomnieć o przypuszczeniach Stocka, które spowodowały niemal przewrót w opinji publicznej Twierdził on mianowicie, że amalgamowe wypełnienia zębów mogą prowadzić do chronicznego otrucia rtęcią. Ostrzeżenia Stocka nie mają znaczenia praktycznego, tak jak nieprawdopodobnem wydaje się mniemanie, że obecność amalgamowych wypełnień w ustach mogłaby chronić przed infekcją kiłową. Pozatem trzeba zaznaczyć różnicę między amalgamem miedzi a amalgamem srebra. O ile pierwszy może dać u przeczulonych pewne objawy, to przy stosowaniu drugiego najwyżej możemy się spotkać z wydzielaniem się rtęci w moczu w przeciągu pierwszych 24 godzin. Nie jest obojętnem dla organizmu w jakiej formie, ilości i rozcieńczeniu dostaje się rtęć do ustroju. Przy zdrowych nerkach może być z preparatów łatwo rozpusz-

czalnych wydzielona, lecz gdy miąższ nerek zostanie uszkodzony, cała rtęć wydzieli się błoną śluzową jamy ustnej i dolnego odcinka przewodu pokarmowego dając objawy wrzodziejącego zapalenia.

Przy użyciu preparatów nierozpuszczalnych tworzy się w organiźmie śpichlerz rtęci. Zaniedbanie jamy ustnej jest naturalnie momentem uspasabiającym do wystąpienia zmian chorobowych. Spotykamy je tylko u osobników dorosłych, nigdy u niemowląt, gdzie brak czynnika zewnętrznego wspomagającego działanie rtęci na dziąsła. Rtęć wydziela się do komórek, uszkadza dziąsło, tam gdzie działa czynnik szkodliwy, jak n. p. kamień, powstaje martwica nabłonka, owrzodzenie szare o czerwonym rąbku. Na błonie śluzowej policzków umiejscawiają się owrzodzenia na wysokości linji zgryzu. Stomatitis mercurialis nie jest infekcją miejscową lecz jednym z objawów ogólnego zatrucia rtęcią. Jako powikłanie mogą wystąpić: zapalenie okostnej, martwica szczęki, szczękościsk i sprawy ropne. Przy rozpoznawaniu zmian spowodowanych zatruciem rtęciowem wykluczyć należy inne sprawy chorobowe o podobnym obrazie. Różniczkowo wchodzi w rachubę zapalenie błony śluzowej kataralne, towarzyszące chorobom zakaźnym, zapalenie wrzodziejące przy awitaminozach, krwawienia błony śluzowej przy zapaleniu nerek, niedokrewności i białaczce. Z pomocą przychodzi nam anamneza, znamienne cuchnienie z ust i obfite ślinienie. W przypadkach, w których spotykamy się z zapaleniem migdałków rtęciowem musimy rozpatrzeć zmiany podobne, występujące przy błonicy, kile wtórorzędnej, trzeciorzędnej i płonicy. Tu rozstrzygną badania mikroskopowe, reakcje serobiologiczne i całokształt obrazu chorobowego. Gdy u osobnika kiłowego spotkamy zmiany chorobowe dziąseł pod postacią ropotoku zębodołowego, należy leczenie specyficzne przeprowadzić z pominięciem rtęci wyłącznie neosalvarsanem.

Tak samo postąpimy przy cukrzycy. Leczenie jamy ustnej przy intoksykacji rtęcią: Zapobiegawczo przed leczeniem rtęciowem staje się konieczne uporządkowanie całego uzębienia, przeprowadzenie gruntownej sanacji jamy ustnej czyto przez wypełnienie zębów próchnicowych czy też przez usunięcie korzeni, kamienia zębowego i t. p. Należy usunąć zęby ćwiekowe lub mostki osadzane na korzeniach. W czasie leczenia zalecić należy częste stosowanie płukanek, wody utlenionej, pozatem pendzlowanie dziąsła nalewką jodową, 1—3% lapisem, 3—5% kwasem chromowym.

W wypadkach ciężkich dobre wyniki daje oddzielenie błony śluzowej policzka od dziąseł paskami gazy jodoformowej. Przytem wskazane zachowanie djety płynnej i kaszkowej. Ze środków przeciwkiłowych prócz jodu korzystać nie można, ale objawy kiłowe w jamie ustnej szybko ustępują nawet pod wpływem tego jednego środka. Zapalenie błony śluzowej występujące po leczeniu rtęcią może wyrządzić wiele szkody i prowadzić do martwicy szczęki. Pozatem utrudnia spożywanie pokarmów a co zatem idzie spadek wagi ciała i upośledzenie zdolności do pracy. Zabiegi lekarskie w okresie kiły objawowej muszą być wykonane z jaknajdalej idącą ostrożnością ze względu na możliwość przeniesienia infekcji na osobników zdrowych przy pomocy użytych narzędzi. Obecnie najmodniejszym środkiem przeciwkiłowym jest bizmut. Stoi on pod względem szybkości i intenzywności działania w pośrodku między neosalvarsanem a rtęcią. O tyle góruje nad tą ostatnią, że daje rzadziej zapalenie błony śluzowej i w znacznie

lżejszej postaci. Z objawów ubocznych spotykamy sino-szary rąbek na brodawkach dziąsłowych wraz z ich obrzękiem. Powstają tu złogi siarczanu bizmutu, tylko w nielicznych ciężkich wypadkach obserwowano szaro-brunatne zabarwienie na brzegach i grzbiecie języka. Na ogół rąbek szary na dziąsłach występuje po 7—9 wstrzykiwaniach bizmutu a że utrzymuje się dłuższy czas, może być dla stomatologa świadectwem przebytego leczenia. Przy używaniu preparatów stężonych i wysoko-procentowych można spotkać też ciężkie wrzodziejące postacie zapalenia szczególnie na błonie śluzowej policzków na wysokości linji zgryzu. Bezsprzecznie najwygodniejszym jest neosalvarsan. Już po kilku wlewaniach dożylnych ustępują najuporczywsze i najzłośliwsze owrzodzenia jamy ustnej we wszystkich okresach kiły.

Salvarsan nie wywołuje zmian na błonie śluzowej, nie wymaga specjalnej pielęgnacji jamy ustnej, działa leczniczo na stany zapalne błony śluzowej wywołane stosowaniem rtęci. Wogóle może być skutecznie stosowany we wszystkich postaciach kiły jamy ustnej jako środek czysty, niezawodny i szybko działający, przeciwwskazany przy sprawach ropnych jak parulis, ponieważ wywołać może zakrzep w naczyniach mózgowych.

Jeszcze wypadałoby wspomnieć o leczeniu kombinowanem tak chętnie stosowanem przez syfilidologów. Lekkie preparaty rtęciowe przy równoczesnem zastosowaniu neosalvarsanu przy odpowiedniej pielęgnacji jamy ustnej nie dają żadnych objawów. Kalomel wraz z neosalvarsanem mogą powodować różnego rodzaju zmiany. To samo odnosi się do przeparatów bizmutowych stosowanych wyłącznie z neosalvarsanem. Najłagodniejszym ze wszystkich środków jest jod. Lokalnie stosowany w postaci jodoformu działa bardzo skutecznie na wszystkie postacie zapaleń wrzodziejących. Wewnętrznie użyty może dawać objawy obrzęku błony śluzowej, połączonego z jej wysychaniem, jedynie tylko u osobników z wrodzoną lub nabytą idiosynkrazją. Dziś liczyć się musimy jedynie z leczeniem kombinowanem. Dlatego gruntowna sanacja jamy ustnej staje się zadaniem pierwszorzędnej wagi. Zabiegi wyżej wymienione wspomagane niejako miesieniem dziąsła pastą chlorowo-potasową Solvolith — oto jedyna obrona jaką możemy przeciwstawić niszczącym środkom przeciwkiłowym.

Frisch-Bongowa (Lwów).

NEUROLOGJA.

Heinemann. **Ostry paraliż opuszkowy po zastrzyku nowokainy z dodatkiem preparatu nadnercza. D. M. f. Z. 1925 str. 673.**

Objawy paraliżu opuszkowego wystąpiły u pacjenta, liczącego lat 63, po miejscowem zastrzyknięciu nowokainy z dodatkiem suprareniny, celem usunięcia $\overline{5|}$ i $\overline{4|}$. Pacjent był dotąd zawsze zdrowy. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazało żadnych zmian chorobowych, ani też nie zdołało stwierdzić zmian w narządach krążenia. Podczas pierwszej wizyty wynosiło ciśnienie krwi 125 *mm* Hg, Wassermann ujemny, chory nigdy chorób wenerycznych nie przechodził. Objawy schorzenia rozpoczęły się 2 tygodnie po usunięciu zęba. Z początku skarżył się chory tylko na porażenie języka, nie mógł języka wysunąć z jamy ustnej przyczem język stale zbaczał na stronę lewą. Mięśnie języka wykazują liczne drgania

drobnowłókienkowe. Smak i poczucie temperatury były w języku zachowane. Mięśnie przełyku pracowały jeszcze sprawnie, choć nieco wolniej, natomiast mówił chory tylko z wielkim trudem i skarżył się na silny ślinotok. Żwacze i mięśnie żuchwy nie były dotknięte porażeniem. Odruch Babińskiego był dodatni, pacjent miewał często napady płaczu i śmiechu. Reszta organizmu nie wykazywała pozatem żadnych zmian w kierunku porażenia. Rozpoznanie: ostry paraliż opuszkowy. Po 10-ciu tygodniach pogorszył się stan tak znacznie, że chory tylko z trudem połykał napój i pokarm stały, mowa była nadmiernie utrudniona i niewyraźna, język zupełnie bezwładny zbaczał na stronę lewą. Lewa połowa języka wykazywała znaczny zanik. Wyraźnie można było zauważyć porażenie nerwu twarzowego.

Po 4 miesiącach pogorszył się stan chorego znacznie. Język był zupełnie nieruchomy i wykazywał zanik także po stronie prawej. Łuki podniebienne były jeszcze nieco ruchome, lecz już nie tworzyły przegrody między jamą nosowo-gardłową; wyraźny paraliż nerwu twarzowego obustronny i nieczynność mięśni naokoło ust dołączyły się do całego obrazu. Tylko powieki nie były porażone. W jamie ustnej jednak utrzymywała się stale wrażliwość na smak i na ciepło. Chory już wcale mówić nie mógł i tylko z trudem połykał małe kęsy, jeżeli przytem głowę pochylił w tył. Unerwienie i czynność żuchwy były zupełnie zachowane i prawidłowe. Stały ślinotok zwiększył się również. Stan chorego pogarszał się stale i po 16 miesiącach nastąpiło zapalenie płuc wskutek zachłyśnięcia i zejście śmiertelne. Należałoby przypuszczać, że pacjent, jakkolwiek zdrowy, posiadał jednak pewne zmiany w naczyniach w mózgu i nagłe podniesienie ciśnienia krwi wskutek dodatku suprareniny do zastrzyku spowodowało pęknięcie naczynia w rdzeniu przedłużonym w okolicy jądra hypoglossus, wskutek czego zostało lewe jądro odrazu zniszczone, albo przynajmniej drogi od niego wychodzące. Z czasem zostało zniszczone wskutek działania wylewu krwawego na odległość i jądro nervi facialis, vagi, accessorii, ostatnie dwa w mniejszym stopniu, wpierw ze strony lewej i potem też z prawej. Jądra obustronne tych nerwów leżą tak blisko siebie, że wylew krwi wielkości groszka może powodować ich zniszczenie. Z czasem zostały uszkodzone także drogi piramidowe. Leczenie w takich przypadkach jest bezsilne, jedynie tylko na ślinotok możnaby wpłynąć stosując atropinę albo leczenie elektrycznym prądem stałym. — Przy ocenie krytycznej powyższego opisu należy przyjąć możliwość, że ostry paraliż opuszkowy niekoniecznie został spowodowany wstrzyknięciem środka znieczulającego, z dodatkiem nadnercza, tem bardziej że objawy wystąpiły dopiero dwa tygodnie po zabiegu i że przyczyny należy szukać w krwotoku, na tle zwapnienia naczyń. „Post hoc“ nie zawsze musi być „propter hoc“.

Skutecka (Lwów).

HELJOTERAPJA.

Kieffer **(Strassburg). Biologiczne i kliniczne znaczenie heljoterapji w leczeniu zębów. Schw. M. f. Z. 1925, Nr. 11 str. 573 ryc. 4.**

We wstępie zaznacza autor, że 3 powody pozwalają mu pokładać nadzieje w stosowaniu heljoterapji także i w dziedzinie stomatologji —

a mianowicie: 1. Leczenie światłem wywiera dodatni wpływ na przemianę materji i sprawy chorobowe. 2. W wielu przypadkach z dziedziny ostrych i przewlekłych spraw zapalnych i nacieków, zwłaszcza w kości szczękowej, gdzie dotąd używaliśmy prawie bezskutecznie środków wewnętrznych, środków podawanych przez przewód korzeniowy, miesienia i djatermji, obecnie leczenie światłem dało bardzo pomyślne wyniki. 3. Technika heljoterapji jest obecnie tak uproszczoną, że może ją zastosować każdy lekarz.

Omawiając działanie światła wogóle zwraca autor uwagę na oddawna już stwierdzoną bakterjobójczą własność światła słonecznego, które według najnowszych badań Tappeinera działa zgubnie na organizm drobnoustrojów, rozbijając jego białko. Światło białe a więc słoneczne jak i ze sztucznych źródeł pochodzące, składa się według Newtona z barwnych składników dostępnych dla naszego oka, od fjołkowego do czerwonego i z całego szeregu promieni niewidzialnych. Jeżeli więc granica widzialna sięga pod względem długości fali od 400 $\mu\mu$ (fjoletowe) do 700 $\mu\mu$ (czerwone), to aparaty rejestrują pozafjołkowe niewidzialne do 100 $\mu\mu$ a pozaczerwone niewidzialne do 302.000 $\mu\mu$ długości fali, przyczem pozaczerwone mają przeważnie działanie cieplne, a pozafjołkowe działanie chemiczne. Światło słoneczne w górach jest szczególnie bogate w składniki pozafjołkowe (spektrum widzialne sięga tam od 290 – 800 $\mu\mu$). Sztucznemi źródłami światła są: światło Finsena, lampa kwarcowa i lampa Sollux. Lampa kwarcowa posiada przewagę promieni pozafjołkowych, krótkofalistych, silnie chemicznie czynnych, jednak mało w głąb przenikających, których działanie objawia się zapaleniem warstw powierzchownych w postaci rumienia. Lampa Sollux zaś posiada przewagę promieni pozaczerwonych, długofalistych, daleko w głąb przenikających o silnem działaniu cieplnem, wywołującem przekrwienie. — Autor zatrzymuje się nieco dłużej na skutkach działania przekrwienia i rozróżnia: *a)* działanie uśmierzające ból, *b)* działanie wchłaniające.

Ad a). Uśmierzenie bólu przez przekrwienie tłumaczy się według Biera, Rittera i Josefa obniżeniem podrażnienia zakończeń nerwów czuciowych; jest ono wywołane przez gromadzące się soki tkankowe produktami rozpadowemi, dzięki rozcieńczeniu owych wysoko nasyconych soków przez przepływającą w większej ilości krew.

Ad b). Działanie resorpcyjne przekrwienia polega również na szybkiem odprowadzaniu produktów rozpadowych przez żywiej krążącą krew.

Z zakresu stomatologji ogranicza się autor do omówienia 3-ech kategorji spraw chorobowych, jak: 1. ostre i przewlekłe zapalenie ozębnej, 2. bóle pooperacyjne, 3. utrudnione wyrzynanie się zęba mądrości.

Ad 1. Kilkakrotne naświetlanie lampą Sollux przez 15 – 20 minut w stadjach początkowych przy nacieku rozlanym, trudno chirurgicznie dostępnym, a przytem ogromnie bolesnym, przyśpiesza bądźto resorbcję nacieku i rezolucję sprawy zapalnej, bądźteż zropienie i wytworzenie się ropnia zlokalizowanego a więc operatywnie łatwo dostępnego. W każdym wypadku daje się zauważyć szybkie, bo nieraz na pierwszem już posiedzeniu występujące obniżenie a nawet ustąpienie bólów.

Ad 2. Silne bóle często pojawiające się po krwawych zabiegach tłumaczy autor tem, że wnet po ustaniu działania adrenaliny i kokainy krążenie krwi w częściach zabiegiem objętych wraca szybko do prawidło-

wego stanu i natrafia jak gdyby zbyt nagle na opór z powodu skrzepów w naczyniach włosowatych, przez co następuje wzmożenie się ucisku na zakończenia nerwowe. Jeżeli więc według autora postaramy się przez naświetlanie o dostateczne rozszerzenie naczyń, zanim przyjdzie do wymienionych wyżej zaburzeń, utorujemy zawczasu drogę dla powrotnej fali krwi.

Ad 3. Przy wyrzynaniu się zęba mądrości zwłaszcza dolnego widzimy często występujące zaburzenia jak obrzęk i szczękościsk, uniemożliwiający nawet wglądnięcie do jamy ustnej. Autor przekonał się, że po naświetlaniu lampą Sollux przez 50—60 minut udawało mu się obniżyć w zupełności ból, szczękościsk i wszelkie inne objawy chorobowe.

Stosowanie naświetlań przy newralgjach i ciężkich zapaleniach jamy ustnej (stomatitis ulcerosa), dawało pomyślne wyniki. W wykonaniu technicznem kładzie autor nacisk na zalety naświetlania o ile możności długotrwałego i radzi zaczynać od 30—40 minut a na drugiem posiedzeniu przejść już do 50 i 60 minut. Odstęp od lampy powinien wynosić od 15—8 *cm*, uwzględniając przytem indywidualną wrażliwość pacjentów. Aby nie tracić na intenzywności wskutek rozpraszania się promieni a również aby móc skoncentrować promienie na ściśle ograniczonej przestrzeni, posługuje się autor rurą własnej konstrukcji, długości 30 *cm* a średnicy od 7—8 *cm*, którą wstawia pomiędzy brzeg lampy a miejsce mające być naświetlone. Ciepłota wewnątrz rury dochodzi po 30 minutowem naświetlaniu do wysokości nawet 97^0, mimo to pacjenci dobrze ją znoszą i tłumaczy się to z jednej strony wzmożonem działaniem gruczołów potnych, które przez parowanie wydzielin obniżają ciepłotę na skórze i tworzą warstwę izolacyjną zapomocą pary, a z drugiej strony odprowadzeniem ciepła przez wzmożone krążenie krwi wskutek przekrwienia.

W wypadkach skąpego barwika skórnego, chroni autor skórę przed działaniem chemicznem promieni pozafiołkowych, zawsze domieszanych do promieni cieplnych w lampie Sollux za pomocą pendzlowania skóry roztworem: Chin. hydrochlor. 2,0
Spirit. vini
Glycerin $\overline{aa}$ ad 100,0
chinina bowiem pochłania promienie pozafjołkowe. *Hirt* (Lwów).

OCENY KSIĄŻEK.

Dr. M. Lipschitz. **Samoistne wyrównanie się uzębienia. (Die Selbstregulierung des Gebisses).** Podręcznik dla lekarzy-dentystów i studentów. Nakładem H. Meussera, Berlin 1927, stron 147, rycin 186. Cena 18·50 mk. niem.

W przejrzystem zestawieniu całości materjału i na podstawie wielkiej ilości fotografji odcisków gipsowych, przedstawia nam autor jasno i zrozumiale zawiłą i niedokładnie dotąd opracowaną sprawę usuwania pierwszych trzonowców, oraz innych zębów stałych i mlecznych celem uzyskania dobrego zgryzu tak pod względem estetycznym jak i funkcyjnym. Autor zaznacza wyraźnie, że nie chodzi mu o otrzymanie zupełnie normalnego zresztą bardzo rzadko spotykanego zgryzu, lecz tylko o funkcjonalnie dobry zgryz i dobrą okluzję. Wychodzi on z ogólnej zasady, że zęby

zachowują swój ostateczny zgryz skutkiem działania ucisku żucia, warg, policzków, języka i oporu kośćca szczęk. W 14 rozdziałach omawia autor historję, wskazania, cel i najlepszy czas do usuwania zębów celem samoistnego wyrównania się zgryzu. Wyłącza zupełnie przypadki nadające się do zabiegów ortopedycznych, a na końcu przedstawia też ujemne wyniki zabiegów, z powodu niezupełnie odpowiednio zastosowanego czasu i rodzaju usunięć zębów. Zestawienie piśmiennictwa na przeszło 3 stronach jest wymownym dowodem gruntownego przedstawienia całości tej sprawy.

Nie od rzeczy będzie zebrać przewodnie myśli tej ciekawej książki. Otóż celem samoistnego wyrównania się zębów przez ich usuwanie jest:

1. usunięcie nieprawidłowości poszczególnych zębów,
2. rozsunięcie zbyt gęsto ustawionych zębów,
3. przeciwdziałanie silnej dyspozycji do próchnicy,
4. usunięcie nadliczbowych zębów,
5. przygotowanie miejsca dla zębów mądrości.

Nie można natomiast w ten sposób regulować całości zgryzu (n. p. prognatji). Przyczyną nienormalnego ustawienia się zębów jest dysproporcja wielkości zęba i szczęki (n. p. oddziedziczone po ojcu wielkie zęby a po matce mała szczęka), jakoteż przedwczesne lub spóźnione usunięcie zęba mlecznego i w rzadkich przypadkach ssanie palca.

Warunkiem do wchłonięcia zęba mlecznego aż do jego korony jest żywotność miazgi zęba mlecznego U dzikich ludów widzimy mniej nieregularności w zgryzie i w poszczególnych zębach, niż u ludów kulturalnych, u których one powstają z powodu zmniejszenia się szczęk.

Usuwanie zębów w celach regulacji zgryzu należy przeprowadzać na podstawie ścisłego wskazania i w odpowiednim czasie. Najczęściej usuwamy wszystkie pierwsze trzonowce, zwłaszcza jeżeli mają głęboką próchnicę w czasie, gdy drugie trzonowce dopiero co się wykłuły i objęły już swoją funkcję. O ile usuniemy trzonowce wcześniej (12—13 roku) to cierpi na tem rozrastanie się szczęki, może też powstać głęboki zgryz.

Koniecznem jest usunięcie zęba przeciwległego w kilka dni później. W 2—$2^1/_2$ lat po usunięciu pierwszych trzonowców zsuwają się wszystkie zęby, luka zanika, gęsto stojące zęby rozsuwają się, przezco się zmniejsza skłonność do próchnicy a zęby poza łukiem stojące same regularnie w łuk się ustawiają. Wskazanem jest zrobienie zdjęcia promieniami Roentgena przed systematycznem usunięciem pierwszych trzonowców celem przekonania się, czy i jak są ustawione zęby mądrości. O ile natomiast dochodzimy do wniosku, że samoistne wyrównanie się przez usunięcie zębów nie doprowadzi nas do celu, że konieczną będzie regulacja zapomocą przyrządów ortopedycznych; nie należy wówczas usuwać pierwszych trzonowców. Jeżeli stały ząb w niewłaściwem miejscu choćby nawet jednym tylko guzkiem się wykłuwa, natenczas należy usunąć ząb mleczny. Każde usunięcie przedtrzonowców lub drugich siekaczy może się przyczynić do samoistnego wyrównania się zębów. Dokładne rozważanie naprowadza nas na właściwą drogę.

Usuwanie kłów stojących zewnątrz łuku jest zazwyczaj niekonieczne. Wolimy usunąć pierwszy przedtrzonowiec a najsilniejszy i charakter twarzy nadający kieł po krótkim już czasie zsunie się i stanie w łuku. Również

nie należy usuwać mlecznych kłów z powodu nieprawidłowego ustawienia stałych siekaczy.

Lekarze domowi i szkolni, do których rodzice w pierwszym rzędzie w sprawie zębów się zwracają, powinni się z tą książką zaznajomić.

Brill (Lwów).

Greve. **Rozpoznawczo-leczniczy podręcznik kieszonkowy dla lekarzy-dentystów. (Diagnostisch-therapeutisches Taschenbuch für Zahnärzte).** Wydaniem H. Meussera, Berlin 1927, stron 251, 4⁰, cena opr. 7·50 mk. niem.

Książeczka składa się z większej klinicznej, mniejszej farmakologicznej części i kilkunastu stronic czystych na zapiski. Dział kliniczny jest ułożony zwięźle i przejrzyście wedle schorzeń części składowych jamy ustnej. Większą część tego działu obejmuje sposób leczenia i receptura. Dział farmakologicznie jest przedstawiony ogólnie z uwzględnieniem dawek maksymalnych, różnych miar i wag, czasu wykłuwania się zębów i t. p. Podręcznik ten jest wzorowany na podobnych wydaniach dla ogólnopraktykujących lekarzy, jest bardzo ogólnikowy i może oddać przysługi w potrzebie szybkiej orjentacji.

Staranne wydanie i mały format przyczyniają się do spopularyzowania tego podręcznika — o czem świadczy jego dziesiąte wydanie.

Brill (Lwów).

ZJAZDY NAUKOWE.

Sprawozdanie z XXI Zebrania Fédération Dentaire Internationale

Zebranie doroczne FDI odbyło się w Kopenhadze w dn. 6—9 sierpnia 1927 r. Szczegółowy program tegoż Zjazdu, na którym były reprezentowane 35 narodowości przez swoich delegatów (z 52 przybyło około 48) został ogłoszony w poprzednim numerze „Polskiej Dentystyki“ na str. 167.

Zebranie uroczyste jako i posiedzenie Komisji odbywały się w Sejmie duńskim w Christianborgu. Prócz delegatów brali udział w uroczystem posiedzeniu jak i niektórych sekcjach — jednakże bez prawa głosu — zwykli członkowie FDI w liczbie około 100. Na otwarcie Zjazdu przybyli także członkowie Duńskiego Towarzystwa Dentystycznego, które w tych samych dniach odbywało swój zjazd naukowy. Na uroczystem otwarciu kongresu FDI przewodniczył w zastępstwie króla duńskiego, który objął protektorat, minister oświaty; obrady Wydziału wykonawczego prowadził nadzwyczaj sprężyście przewodniczący FDI Fl. Augilar z Madrytu. Na uroczystem otwarciu zabrał głos po powitaniu ze strony przewodniczącego Duńskiego Komitetu Narodowego przewodniczący FDI Augilar. Po powitaniu obecnych podkreślił w krótkich słowach znaczenie prac imponującego Zjazdu Międzynarodowego w Filadelfji, urządzonego z ramienia FDI, a w którym wzięło udział 15.000 lekarzy-dentystów z całego świata, poświęcił kilka słów nieobecnemu na zebraniu honorowemu przewodniczącemu Brophy'emu, zasłużonym członkom FDI od początku istnienia organizacji i scharakteryzował znaczenie prac FDI dla dentystyki całego świata. Poczem przemawiali kolejno delegaci Komitetów

Narodowych państw poszczególnych, ograniczając się przeważnie do składania życzeń przyszłych obrad. Delegat na Polskę zaznaczył, że Polska, uzyskawszy jeden mandat do Wydziału Wykonawczego na kongresie Filadelfji, występuje obecnie po raz pierwszy w zespole FDI, poczem dał krótki pogląd na stan ilościowy lekarzy-dentystów i stomatologów w Polsce, w stosunku do ilości ludności, wskazał na zgodną współpracę lekarzy-dentystów ze stomatologami w Polsce, tak konieczną dla rozwoju i postępu nauki. Na posiedzeniu Wydziału Wykonawczego złożył delegat na Polskę na ręce przewodniczącego referaty, przedstawiające stan nauczania w Polsce, nową ustawę dentystyczną (w tłumaczeniu), pogląd na pomoc dentystyczną w szkołach i kilka wniosków dotyczących prasy dentystycznej. Referaty oraz wnioski odesłane zostały do Komisji. Prace FDI odbywały się na wspólnem posiedzeniu Wydziału Wykonawczego oraz poszczególnych Komisjach, które pracują oddzielnie, przeprowadzały szczegółowe dyskusje nad tematami ogłoszonemi w programie, a rezolucje swe przedstawiły na posiedzeniu ostatniem Wydziału Wykonawczego w dniu 6 września 1927, trwającem od godz. 11—6$^1/_2$ wieczorem.

Kilkadziesiąt rezolucyj powzięto, w sprawach dotyczących nauki i zawodu. W rezolucjach starano się stawiać kwestje jaknajogólniej, nie wnikając w szczegóły, ażeby zapewnić sobie zgodę przedstawicieli wszystkich krajów, zachowując jednak główne wytyczne mające na celu rozwój nauki dentystycznej i interesy zawodu. Obrady prowadzone były przeważnie w języku angielskim; nieliczni mowcy przemawiali w języku francuskim i niemieckim. Wspomnieć należy, że technicy dentystyczni austrjaccy zgłosili swe przystąpienie do FDI. Wywołało to gorący sprzeciw szczególnie ze strony delegatów Austrji i Polski. Założyciele FDI tego nie przewidywali, pozostawiając w Statucie możność zgłaszania się do FDI także osób, popierających dentystykę. Dlatego akt ten został odroczony, aż do chwili zmiany Statutu, która ma nastąpić na posiedzeniu Walnem FDI. Wszyscy kandydaci zgłoszeni do FDI za pośrednictwem Polskiego Komitetu Narodowego zostali przyjęci na członków zwyczajnych. W Komisji Nauczania, w której zasiadał delegat polski, była mowa o minimalnym programie nauczania, który został oznaczony na 4 lata minimalnego wykształcenia; wniosek delegata na Polskę, ażeby studja dentystyczne trwały przynajmniej tak długo jak studja lekarskie, nie uzyskał większości głosów. W dyskusji podnoszono konieczność gruntownego wykształcenia z przedmiotów lekarskich. Kandydaci na studja dentystyczne muszą wykazać się tymi samymi warunkami co studenci medycyny. Rezolucja ta przeszła już na zebraniu FDI w roku przeszłym. Staraniem Instytucji Carneggia wydano wielkie dzieło dające pogląd na stan nauczania dentystyki w Ameryce. Jako temat dyskusji na rok przyszły dla Komisji Nauczania uchwalono stosowanie pokazów kinematograficznych do celów nauczania. Nagrodę Millera: złoty medal wraz z pewnym funduszem pieniężnym uchwalono przyznać za prace naukowe Prof. Dieckowi z Berlina na wniosek Komitetu Narodowego niemieckiego.

Następny Zjazd Międzynarodowy dentystyczny ma się odbyć w Paryżu w 1930 lub 1931 roku, data dokładna zostanie uchwalona w roku następnym na posiedzeniu Wydziału Wykonawczego FDI, które ma się odbyć w Kolonji. Inne rezolucje zostaną podane później do

wiadomości po ukazaniu się sprawozdania oficjalnego. Trzy godziny były poświęcone udziałowi w Zjeździe duńskich lekarzy-dentystów, w którym to czasie przemawiał Prof. Villain z Paryża o artykulacji i pewien kolega z San Francisco demonstrował film naukowy, przedstawiający sporządzanie koron żakietowych. Wieczorem odbywały się specjalne przyjęcia. 4 września obiad urządzony przez kolegów duńskich w lokalu Nimba, dnia następnego odbyła się wycieczka automobilowa, na którą koledzy duńscy stawili własne samochody do dyspozycji uczestników Zjazdu, wzdłuż wybrzeża duńskiego do Helsingjör; po drodze zwiedzono muzeum w wspaniałym zamku Fredriksborg i zjedzono wspólnie śniadanie na plaży w Marienlyst naprzeciw wybrzeża szwedzkiego. Wieczorem odbył się bankiet w królewskim Yacht-Klubie. Nastrój panował bardzo serdeczny, świadczący o wielkiej harmonji, panującej wśród uczestników, którzy przeważnie znali sie między sobą dobrze z dawnych zebrań FDI. Oficjalnych delegatów nie było z Czechosłowacji, Grecji i Turcji, gdyż dla krajów tych delegaci jeszcze nie byli oznaczeni, a organizacja Komitetów narodowych w tychże krajach nie została jeszcze doprowadzona do skutku, jakkolwiek Czechosłowacja i Grecja przysłała swoich przedstawicieli na uroczyste otwarcie. Z poważnego przebiegu obrad i zgodnej pracy w Komisjach, ogólnej harmonji panującej na posiedzeniach wspólnych, odniosło się wrażenie wewnętrznej siły organizacji.

Stan kasy FDI reprezentuje pokaźną kwotę 5.600 dolarów. Biuletyn FDI zostaje drukowany w 10.000 egzemplarzach w językach angielskim, francuskim i hiszpańskim.

Prócz delegata na Polskę Prof. Cieszyńskiego był na Zjeździe członek czynny FDI jeszcze z czasów przedwojennych Kol. Frejdkin z Warszawy. *Cieszyński.*

RUCH NAUKOWY.

Związek Stomatologów w Paryżu.

Sekretarz generalny Dr. Gornouec, 69 Rue de Chabrol Paris.

Posiedzenie z dnia 20. czerwca 1927.

Kilka przypadków glossodynia = (parestezje i kłujący ból języka i błony śluzowej jamy ustnej).

Alajouanine nadmienia, że glossodynia objawowa zachodzi bardzo często i z różnorakich powodów: wskutek zagryzenia, po działaniu środków żrących, oparzeniu i wogóle przy wszystkich objawach ze strony języka, począwszy od zwykłego owrzodzenia, pochodzenia zębowego aż do raka. Glossodynia właściwa, naukowo mało zbadana, zachodzi nie często. Autor podaje 4 przypadki. Objawy bolesności i parestezje (kłucie, mrowienie, pieczenie) były rozmieszczone na $^2/_3$ powierzchni języka. W 2 przypadkach obserwowano glossodynie u osobników tabetycznych; w 2 innych przypadkach występowała glossodynia łącznie z objawami zaburzeń w wewnętrznem wydzielaniu. Cierpienie się wzmaga, gdy język jest suchy i ginie przy fizjologicznem albo sztucznie spowodowanem wydzielaniu się śliny.

2 przypadki zapalenia ślinianki przyusznej drogą wstępującą. Merville podaje obserwację ropnego zapalenia ślinianki przyusznej w związku z małem zakaźnem ogniskiem na dziąśle, umieszczonem naprzeciw kanału Sténona. — Druga obserwacja dotyczy zastoinowego zapalenia ślinianki przyusznej w związku z ropniem policzkowym. W obu przypadkach nastąpiło wyleczenie bardzo rychło.

Obserwacje przyczyniające się wykrycia etjologji próchnicy zębów. Rousseau-Decelle, Chatetier & Ramorinc przedstawiają chorego, dotkniętego próchnicą w kilku zębach, umieszczoną tylko po stronie lewej. Autorom udało się wykazać u chorego objawy podobne do paraliżu nerwu współczulnego szyjnego. (Zwężenie źrenicy, zaburzenia w wydzielaniu i t. d.).

Zanik objawów życiowych w narządach po stronie lewej pozwala na przyjęcie schorzenia po jednej stronie.

2 obserwacje przewlekłego zapalenia szpiku kostnego żuchwy w odmianie przyrostowej. Worms & Bercher zauważyli to po wyraźnym okresie zgrubienia żuchwy, przypominającym wzrokowo przerost olbrzymi kości (leontiasis ossea). Obraz roentgenologiczny wykazał utkanie z płateczków podobne do łącznotkankowego zapalenia kości; w obu przypadkach były wszystkie zęby zdrowe.

5 obserwacji zapalenia szpiku kostnego szczęki. Puig podaje pięć obserwacji ostrego zapalenia szpiku kostnego, z których 2 dotyczą szczęki górnej. Autor osiągnął prędkie wygojenie, dodając do leczenia chirurgicznego, leczenie szczepionkowe. *Dr. Merville* (tł. *Sk.*).

Wiadomości z Akademji Medycyny, Nr. 13.

Posiedzenie 29. marca 1927.

Paul Bar: Mam zaszczyt przedstawić Akademji małą książeczkę Dra Herpin'a zatytułowaną: Wstęp do studjów ortodoncji.

Autor omawia problem (nieprawidłowości w ustawieniu zębów i ich leczenie) rozwiązany przez sztukę dentystyczną w kierunku techniki operacyjnej doświadczalnej, lecz nie bez nagannej; wskazuje drogi, które odontologja powinna dla swej praktyki obrać, — naukowe badania przyczyn nieprawidłowości w ustawieniu uzębienia.

W szeregu rozdziałów krótkich i przekonywujących przedstawia morfologję narządów żucia u ludzi, ich rozwojowe przemiany, które następowały w ciągu wieków i które się jeszcze dokonywują: autor omawia w swych wywodach te odcinki szczęki, w których się zęby mieszczą i te odcinki, które tylko służą do przyczepów i stanowią jedynie dźwignię konieczną do żucia.

Herpin podnosi szczególnie stałą ewolucję ustroju człowieka stojącą w przeciwieństwie do zaniku narządów uzębienia do t. zw. zmniejszenia się żuchwy (infantilism), które wyraźnie się uwidocznia przy dokładnem badaniu dolnego kąta twarzy i wskazuje na to, że ten właśnie objaw nie jest bez wpływu na rozwój rasy.

(Przemieszczenie języka ku tyłowi, zmniejszenie siły oddechowej, zanik części górnej kości twarzowej).

Sprawa ortodoncji została w tej małej książeczce jasno postawiona i przyczyni się do wyświetlenia tych zagadnień technicznych, które się jeszcze nasuwają. (tł. *Sk.*).

RUCH TOWARZYSTW.

VI Zjazd Centralnej Rady Związków Zawodowych lek.-dent. Rzpltej Polskiej.

Protokół.

W dniu 29 maja 1927 r. o godz. 11 rano w lokalu Związku Zaw. Lek.-Dent. Chrz. przy ul. Brackiej 18, m. 30 odbył się VI Zjazd C. R.

Obecni byli: ze Zw. Zaw. Lek.-Dent. b. zab. pr.: Lek.-Dent. Świtała i Dr. Cylkowski; ze Zw. Stomatologów Krakow. Izby Lek. Dr. Haber; ze Zw. Stom. Lwow. Izby Lek. Dr. Allerhand; ze Zw. Lek.-Dent. polaków w Wilnie Lek.-Dent. Bobrowska; ze Zw. Zaw. Lek.-Dent. Chrześcijan w Warszawie Lek.-Dent. Stokowski i Lek.-Dent. Urbańska-Filipowiczowa.

Zagaił Zjazd i przewodniczył prezes Świtała, sekretarzowała Urbańska-Filipowiczowa.

Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego Zjazdu C. R. z poprawką Kol. Świtały, aby dołączyć cyfry stanu kasy C. R.

Następnie przyjęto sprawozdanie z działalności Zarządu C. R. w roku ubiegłym, podane przez Kol. Urbańską-Filipowiczową.

Skarbnik Kol. Goldberg-Górski odczytał sprawozdanie kasowe, które brzmi:

	Wpływy.	Wydatki.
Pozostałość z dnia 14. marca 1926 r.	152 zł. 09 gr.	—
Na fundusz prasowy	700 „ — „	728 zł. 15 gr.
Ze składek rocznych	500 „ — „	65 „ 80 „(kanc.)
Razem	1352 zł. 09 gr.	793 zł. 95 gr.

Pozostaje w kasie 558 zł. 14 gr.

Następnie Kol. Stokowski dał wyczerpujące sprawozdanie z całej działalności C. R. w sprawie ustawy dentystycznej na terenie Sejmu i G. D. Sł. Zdrowia, zaznaczając iż praca ta rozpoczęła się jeszcze od Zjazdu w Inowrocławiu w lipcu 1924 r., ostatnie zaś poprawki poparł zarząd na konferencji w Gen. Dyr. Sł. Zdrowia w myśl ogólnych życzeń C. R.

Po sprawozdaniu odczytano projekt mającej być uchwalonej ustawy, poczem Dr. Allerhand zaproponował wyrazić ogólne podziękowanie Zarządowi C. R. za działalność, związaną z ustawą, a w szczególności wice-prezesowi kol. Stokowskiemu, co wszyscy jednogłośnie zaaprobowali.

Dr, Allerhand w następnem przemówieniu podał do wiadomości zebranych całą historję powstania i dotychczasowej działalności Międzynarodowego Związku Lekarzy-Dentystów (F. D. I.), oraz utworzenia Polskiego Komitetu Narodowego, mającego być członkiem F. D. I. Tu kol. Stokowski podniósł kwestję, czy wobec niewłaściwego postępowania Komitetu organizacyjnego, tworzącego K. N. F. D. I. przez pominięcie przy tej pracy C. R., należy aby C. R. weszła w skład jego. Dr. Haber twierdził, że należy C. R. uznać, jako P. K. N., zaś prezes Świtała zaznaczył, że ma żal do Komitetu organizacyjnego, że nie uznał C. R, jako podstawy do K. N. F. D. I.

Postanowiono uznać wybór Dr. Cieszyńskiego, jako stałego delegata P. K. N. do F. D. I., jednocześnie zaś na zebraniu jutrzejszem K. N. F. D. I. wyrazić protest przeciw niewłaściwemu postępowaniu Komitetu organizacyjnego [1]).

Postanowiono żądać aby w statucie K. N. F. D. I., § 2 był zmieniony według życzeń C. R.

Po wyczerpaniu tego tematu kol. Świtała dał sprawozdanie z pracy nad projektem nowelizacji ustawy o kasach chorych, zaznaczając, że po opracowaniu memorjału w tej kwestji prześle takowy do Zarządu C. R. dla złożenia go w Minist. Pracy i Op. Sp.

Na ogólne życzenie obecnych Zarząd pozostał w tym samym składzie nadal.

Sekretarz: *Z. Urbańska-Filipowiczowa.*

[1]) Nieporozumienie wyjaśnia § 6 Statutu Komitetu. Zob. str. 225. *(Uwaga Redakcji).*

STATUT POLSKIEGO KOMITETU NARODOWEGO MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU DENTYSTYCZNEGO

(Fédération Dentaire Internationale = FDI).

I. Cele.

§ 1. Polski Komitet Narodowy (PKN-FDI) ma na celu:

1. Nawiązywanie i podtrzymywanie łączności międzynarodowej w sprawach naukowych, nauczania stomatologji (dentystyki) oraz w sprawach zawodowych.

2. Reprezentowanie interesów stomatologicznych całej Polski na terenie międzynarodowym.

3. Przygotowanie i przeprowadzenie prac organizacyjnych, związanych z międzynarodowemi i zagranicznemi kongresami naukowemi i zawodowemi dentystycznemi.

4. Umożliwienie wyjazdu na kongresy międzynarodowe i zagraniczne członkom organizacyj, które są reprezentowane w Komitecie Polskim przez swoich delegatów.

5. PKN-FDI tworzy łącznik między Wydziałem Wykonawczym (WW-FDI) a poszczególnemi organizacjami w Polsce, uznającemi program FDI przez delegata proponowanego przez PKN, a zatwierdzonego przez Wydział Wykonawczy FDI.

II. Skład Polskiego Komitetu Narodowego FDI.

§ 2. Polski Komitet Narodowy (PKN-FDI) jest organizacją złożoną ze Związków tworzących Centralną Radę i z delegatów poszczególnych organizacyj dentystycznych i stomatologicznych, istniejących w Polsce prawomocnie, które popierają cele, którym służy Międzynarodowy Związek Dentystyczny (Fédération Dentaire Internationale, zob. „Pol. Dent.“ 1925, str. 255), oraz z przedstawicieli katedr stomatologicznych, którzy zadość uczynią powyżej wymienionym warunkom.

§ 3. Organizacje dentystyczne i stomatologiczne, istniejące w Polsce prawomocnie, mają prawo zgłosić swój akces do PKN, o ile popierają cele, którym służy FDI, łączą w organizacji swej członków, którzy mają prawo do wykonywania praktyki dentystycznej a którzy są bez zarzutu pod względem etyki lekarskiej, oraz o ile mają w programie swej działalności prócz zadań zawodowo-ekonomicznych, także zadania naukowe.

§ 4. W PKN są reprezentowane te organizacje, które przystąpiły doń przed zorganizowaniem PKN, a więc przed 31 maja 1927 r.

Akces nowopowstałych organizacji zostaje zatwierdzony większością głosów na Walnem Zgromadzeniu PKN po przedłożeniu statutu danej organizacji, wykazu członków, złożeniu deklaracji, że dana organizacja popiera cele FDI i po zgłoszeniu delegatów, przewidzianych niniejszym statutem.

---

[1]) Niniejszy statut opracowany został przez prof. Antoniego Cieszyńskiego, przyjęty z drobnemi zmianami przez Tymczasowy Komitet Organizacyjny w d. 17. maja 1927 a z małym dodatkiem w § 2 przyjęty został na konstytuującem zebraniu PKN-FDI odbytem w Warszawie w d. 31. maja 1927.

§ 5. *a)* Każda organizacja dentystyczna (stomatologiczna) mająca być reprezentowana w PKN na podstawie § 3 i § 4 ma prawo do dwóch delegatów.

b Organizacje przedkładają z początuiem roku kalendarzowego najpóźniej do 1. lutego wykaz imienny swoich członków wraz z adresami i należnemi tytułami.

§ 6. Centralne organizacje — Związki Towarzystw nie wysyłają osobnych delegatów do PKN, o ile dane Związki już są reprezentowane przez Towarzystwa, mające swoich osobnych delegatów w PKN.

§ 7. Towarzystwa filjalne nie wysyłają osobnych delegatów, jeżeli są reprezentowane w PKN przez Związek (Towarzystwo) macierzysty.

§ 8. Wybór członków do Polskiego Komitetu Narodowego przeprowadzają na Walnem Zgromadzeniu organizacje dentystyczne i stomatologiczne. Wybrani członkowie zostają tymczasowo przyjęci przez Wydział PKN a zatwierdzeni przez Walne Zgromadzenie PKN w głosowaniu jawnem, o ile przynajmniej 3 głosy z obecnych nie zażąda głosowania tajnego.

§ 9. Czas trwania mandatu poszczególnych członków PKN określa uchwała Walnego Zgromadzenia poszczególnych organizacyj. Z reguły trwa mandat członka do PKN lat trzy.

§ 10. O ile w międzyczasie ustąpi członek z PKN, deleguje Zarząd danej organizacji członka nowego, zawiadamiając o tem przewodniczącego PKN.

§ 11. Walne Zgromadzenie PKN ma prawo nie przyjąć proponowanej kandydatury do PKN. Wówczas występuje dana organizacja z propozycją nową.

§ 12. Jeżeli podniesione zostały w PKN przeciw komukolwiek z członków PKN jakiekolwiek pisemnie uzasadnione zarzuty natury etycznej lub organizacyjnej, rozpatruje je Wydział PKN i może zażądać od danej organizacji propozycji nowego kandydata. Tendencją bowiem PKN jest, by zasiadali w PKN reprezentanci stanu lekarzy-dentystów i stomatologów, którzy cieszą się zaufaniem i szacunkiem ogółu kolegów.

§ 13. Prócz delegowanych członków organizacyj, którzy wstępują z wyboru do PKN, należą do PKN przedstawiciele katedr stomatologicznych uniwersytetów polskich oraz przedstawiciele katedr dentystyki (stomatologji) Państwowego Instytutu Dentystycznego, o ile zgłoszą swoje przystąpienie do PKN i wyrażą swą zgodę na statut FDI (zob. „Pol. Dent.“ 1925, str. 255) i uznają niniejszy statut PKN.

III. Organizacja.

§ 14. Na czele PKN stoi delegat zatwierdzony przez Wydział Wykonawczy FDI (WW-FDI). Jest on zarazem przewodniczącym PKN.

§ 15. O ile z czasem WW-FDI przyzna Polsce większą ilość delegatów, zostaje drugi delegat sekretarzem PKN.

§ 16. Wydział Polskiego Komitetu Narodowego (W-PKN).

Celem ułatwienia pracy delegatowi na Polskę wyłania PKN Wydział PKN, który składa się:

1. z przewodniczącego PKN — czyli delegata na Polskę, 2. z zastępcy przewodniczącego, 3. z sekretarza, 4. z zastępcy sekretarza, 5. ze skarbnika.

§ 17. Ażeby umożliwić sprężyste działanie PKN powinien sekretarz być wybrany z tej samej miejscowości, która jest miejscem stałego pobytu przewodniczącego.

§ 18. Obowiązki i prawa przewodniczącego PKN.

1. Przewodniczący jako jedyny legalizowany delegat na Polskę do FDI reprezentuje na zewnątrz PKN i organizacje reprezentowane w PKN na Zjazdach międzynarodowych i zagranicznych;

2. przedstawia wnioski Polskiego Komitetu Narodowego i stara się o ich przeprowadzenie;

3. zwołuje w miarę potrzeby posiedzenie Wydziału PKN jak i Zjazdy PKN;

4. dyrymuje w razie równości głosów na posiedzeniach W-PKN jak i na zjazdach PKN;

5. podpisuje wszelkie korespondencje wysyłane do Centralnej organizacji WW-FDI oraz korespondencje w kraju do głównych urzędów państwowych (n. p. Ministerstwa);

6. działa w porozumieniu z PKN wzgl. Wydziałem PKN, załatwiając sprawy PKN, w nagłych zaś sprawach decyduje sam, o ile porozumienie się z Wydz. wzgl. Polskim Komitetem Narodowym jest z powodu braku czasu niemożliwe. Samodzielnie powzięte decyzje w sprawach ważnych wymagają „ex post“ zatwierdzenia Wydziału PKN;

7. delegatowi na Polskę do FDI przysługuje prawo kooptacji w wykonywaniu jego czynności.

§ 19. Przewodniczący może złożyć swój mandat na ręce zastępcy przewodniczącego, który zawiadamia o tem natychmiast PKN oraz Wydział Wykonawczy FDI (t. j. Centralną organizację).

Równocześnie obejmuje czasowo automatycznie wiceprezes obowiązki i prawa przewodniczącego i pełni je aż do wyboru nowego przewodniczącego i do zatwierdzenia delegata na Polskę przez WW-FDI. Propozycję co do wyboru nowego delegata przedstawia PKN za pośrednictwem wiceprezesa PKN Wydziałowi Wykonawczemu FDI.

§ 20. Zastępca przewodniczącego zastępuje prezesa, który — o ile tenże obowiązków swych pełnić nie może — zleca mu sam lub za pośrednictwem Wydziału PKN swoje czynności, oraz obejmuje obowiązki i prawa przewodniczącego w razie jego ustąpienia.

§ 21. Sekretarz.

1. Sekretarz prowadzi korespondencję W-PKN w myśl wskazówek Wydziału wzgl. przewodniczącego,

2. zastępuje na wyraźne polecenie przewodniczącego, o ile wymagają tego okoliczności a przerwa w pełnieniu funkcji przewodniczącego jest tylko czasowa.

§ 22. Zastępca sekretarza pełni w zastępstwie funkcje sekretarza.

§ 23. Skarbnik inkasuje wkładki, czuwa nad ich regularnem wpłacaniem, wysyła je do Wydziału Wykonawczego FDI po zawiadomieniu o tem przewodniczącego. Na końcu roku przed Walnem Zgromadzeniem przedkłada książki do przejrzenia Komisji szkontrującej, wybranej przez PKN.

§ 24. Obowiązki i prawa członków PKN.

1. Członkowie PKN biorą udział w posiedzeniach PKN;

2. przedstawiają swoje wnioski w imieniu organizacji którą reprezentują, wzgł. w imieniu własnem (ad § 13);
3. przeprowadzają sprawy związane z PKN na terenie organizacji, którą reprezentują i ułatwiają pracę reprezentacji PKN przez przygotowanie i opracowanie referatów;
4. biorą udział — na zaproszenie Wydziału lub przewodniczącego lub też wybrani przez Walne Zgromadzenie — w pracach Komisji PKN (podanych w § 27).

§ 25. Organizacja reprezentowana w PKN, która nie opłaciła wkładki rocznej do PKN przed Walnem Zgromadzeniem PKN traci prawo do reprezentacji swej na Walnem Zgromadzeniu.

IV. Komisje FDI (zob. „Pol. Dent.“ 1926, str. 17).

§ 26. 1. Wydział Wykonawczy FDI powołuje do przeprowadzenia prac szereg Komisyj do których mianuje w porozumieniu z Komitetami Narodowemi członków z całego świata.

Takiemi Komisjami są: 1. Komisja Deontologji, 2. Komisja nauczania dentystyki, 3. Komisja badań naukowych, 4. Komisja higjeny, 5. Komisja mianownictwa dentystycznego, 6. Komisja dokumentacyjna.

Ilość komisyj może być w miarę potrzeby powiększona.

2. Do wyżej podanych komisyj pracujących na terenie międzynarodowym Polski Komitet Narodowy może delegować członków z pośród swego łona, wzgl. z pośród organizacyj, które mają swoich przedstawicieli w PKN, wzgl. z pośród osób posiadających odpowiednie kwalifikacje naukowe a będących członkami FDI.

3. Osoby proponowane do powyżej podanych Komisyj, pracujących na terenie międzynarodowym zatwierdza WW-FDI.

Członkowie tych Komisyj opłacają roczną wkładkę 5 dolarów zgodnie z § XIII. Statutu FDI (Pol. Dent. 1925, str. 257).

V. Komisje PKN.

§ 27. Analogicznie do Komisyj FDI wymienionych w § 26 może Polski Komitet Narodowy wyłonić Komisję dla Deontologji dent., Komisję Badań naukowych, Komisję Higjeny, Komisję Mianownictwa dentystycznego i Komisję Dokumentacyjną oraz inne, pracujące w swoim zakresie a składające wyniki swej pracy na ręce przewodniczącego PKN.

§ 28. Wymienione w § 27 Komisje PKN składają się wyłącznie z obywateli Państwa Polskiego i nie potrzebują być legalizowane przez Wydział Wykonawczy FDI. Członkowie tychże Komisyj nie opłacają żadnej osobnej wkładki. Przewodniczący tychże Komisyj składają sprawozdanie Przewodniczącemu PKN.

VI. Walne Zgromadzenie PKN i posiedzenie Wydziału PKN.

§ 29. Walne Zgromadzenie PKN zostaje przynajmniej raz do roku zwołane, na ogół przed kongresem FDI, częściej natomiast w miarę potrzeby.

§ 30. Przed rozpoczęciem Walnego Zgromadzenia należy stwierdzić uprawnienie członków PKN, i czy mandaty nie wygasły z powodu nieuiszczenia wkładki rocznej przez organizacje (zob. § 25).

§ 31. Po odczytaniu ostatniego protokołu następuje sprawozdanie delegata na Polskę oraz Wydz. PKN. Porządek obrad układa przewodni-

czący PKN i ma prawo przestawienia kolejności poszczególnych punktów obrad objętych porządkiem obrad na Zgromadzeniu według własnego uznania.

§ 32. Organem Wykonawczym Walnego Zgromadzenia PKN jest Wydział PKN pod kierunkiem przewodniczącego, oraz Komisje PKN.

§ 33. Wydział zwołuje przewodniczący PKN dla spraw bieżących. Zadaniem Wydziału jest prowadzenie agend PKN, przygotowanie spraw na Walne Zgromadzenie, wykonanie uchwał Walnego Zgromadzenia, a przedewszystkiem pomoc delegatowi na Polskę w pracach mających być przedstawionemi na Kongresie FDI.

§ 34. 1. Do prawomocności uchwał PKN i Wydziału należy prawomocne zwołanie zebrania, które powinno nastąpić przynajmniej na tydzień przed Walnem Zgromadzeniem PKN a 4 dni przed posiedzeniem Wydziału.

2. Uchwały przechodzą zwykłą większością głosów obecnych: w razie równości głosów dyrymuje przewodniczący.

3. Sekretarz wysyła odpis protokołu wraz z uchwałami po Walnem Zgromadzeniu oraz po posiedzeniu Wydziału wszystkim członkom PKN.

VII. Członkowie rzeczywiści FDI.

§ 35. Członkiem rzeczywistym FDI może być w myśl ustępu VI statutu FDI („Pol. Dent." 1925, str. 217).

a) członek przepisowo mianowany przez Związki zalegalizowane,

b) członkowie honorowi FDI,

c) osoby o „dobrem stanowisku zawodowem", które były członkami kongresów międzynarodowych.

Osoby te zgłaszają przystąpienie swe do FDI za pośrednictwem PKN i ulegają zatwierdzeniu Wydziału Wykonawczego FDI.

VIII. Wkładki.

§ 36. Statutem FDI przewidziane są wkładki następujące:

a) delegat na Polskę płaci 10 dolarów,

b) członek Komisji FDI pracujący na terenie międzynarodowym 5 dolarów (zob. § 26, ustęp 3),

c) członkowie FDI (zob. § 35), którzy na podstawie ustępu V statutu FDI („Pol. Dent," 1925, str. 257) zgłosili swe przystąpienie za pośrednictwem PKN, przesyłając zgłoszenie swe na ręce przewodniczącego PKN, opłacają 5 dolarów rocznie. Członkom tym przysługuje udział w zjazdach FDI o ile zostają zatwierdzeni przez WW-FDI.

§ 37. *a)* Wydział PKN układa roczny preliminarz budżetowy na pokrycie kosztów administracyjnych na wyjazd delegata na Polskę na kongresy FDI oraz na wydatki ogólne. Preliminarz ten zostaje przedłożony PKN do zatwierdzenia. Wydatki PKN objęte preliminarzem zostają pokryte przez roczne wkładki organizacyj, które delegują swoich reprezentantów jako członków do PKN.

b) Repartycja wydatków następuje po równych częściach między organizacje.

c) Przedstawiciele katedr (zob. § 13) opłacają wkładkę roczną w wysokości:

1. 1 dolara, o ile biorą udział tylko w pracach PKN w kraju,

2. o ile wstępują do Komisji FDI, pracujących na terenie międzynarodowym lub są rzeczywistymi członkami FDI i zostają zatwierdzeni przez WW-FDI, przyczem mają prawo brania udziału w kongresach FDI opłacają zamiast 1 dolara — 5 dolarów rocznie.

§ 38. Wkładki podane w § 36 wpływają do kasy Centralnej organizacji FDI za pośrednictwem skarbnika PKN.

Wkładki podane w § 37 wpływają do kasy PKN.

IX. Likwidacja.

§ 39. Rozwiązenie PKN następuje na podstawie uchwały, która przejdzie $^2/_3$ głosów Walnego Zgromadzenia PKN. Fundusz PKN przekazany zostaje wówczas do kasy Wydziału Wykonawczego FDI.

Komunikat Komisji dla Obrony Praw Stanu Dentystycznego[1]).

Komisja dla obrony praw stanu dentystycznego, wybrana na Zjeździe delegatów zrzeszeń lekarsko-dentystycznych w d. 21 czerwca 1925 r., poczuwa się do obowiązku wydania niniejszego komunikatu, bowiem przez cały okres prac czynników rządowych i ciał ustawodawczych nad ustawą dentystyczną starała się utrzymać z niemi stały kontakt, występując w obronie słusznych dezyderatów zawodu i dążąc konsekwentnie do załatwienia sprawy ustawy w sposób odpowiadający godności i powołaniu lekarza-dentysty, oraz poziomowi nauki dentystycznej tudzież korzystny dla państwa, społeczeństwa i stanu lekarsko-dentystycznego.

Nie wdajemy się w ocenę pobudek, któremi kierował się Rząd przy ułożeniu pierwszego projektu ustawy, o wykonywaniu praktyki dent., wniesionego do Sejmu w dniu 18 lutego 1925 r. Stwierdzamy jedynie, że projekt ten był wysoce krzywdzący dla zawodu i nie odpowiadał wymaganiom czasu, ani współczesnym pojęciom o zabezpieczeniu zdrowia społecznego. W myśl projektu tego do niesienia pomocy lekarsko-dentystycznej miały być dopuszczone osoby, nie mające żadnych kwalifikacji, nabytych drogą odpowiednich studjów, ani też nie posiadające jakiejkolwiek wiedzy lekarskiej, osoby, poziom wykształcenia których nie zapewniał nawet zachowywania przez nich i przestrzegania elementarnych zasad aseptyki i higjeny.

Podobne stanowisko pierwszego projektodawcy, godzące dotkliwie w cały zawód, stanowiące zamach na zdrowie społeczeństwa i obniżające poziom wiedzy dentystycznej — obudzić musiało siły, ukryte w zawodzie i pobudzić je do czynnej akcji w kierunku wywalczenia dobrej ustawy.

Na tem podłożu, z inicjatywy Związku Zawodowego Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskiem, powołana została komisja dla obrony praw stanu dentystycznego.

Oddając przynależne przedstawicielom nauki i instytucyj, poszczególnym grupom, prasie zawodowej, wreszcie zrzeszeniom, które na apel Komisji stanęły w potrzebie, a zwłaszcza Związkowi Zawodowemu Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskiem, który wspomagał Komisję swoim kredytem i okazywał wybitną pomoc techniczną, należy przyznać, że ostateczne pomyślne wyniki, chociaż jeszcze dalekie od ideału, przecież rozwiały znaczną część obaw, jakie nasunął pierwszy projekt ustawy.

Owocność kolosalnego wysiłku zawodu oraz pracy, dokonanej przez komisję, ujawnia się niezbicie przy porównaniu pierwszego rządowego projektu ustawy, z ogłoszonem rozporządzeniem i po uświadomieniu sobie, z jakim ogromem przeciwności należało walczyć, jak nieprzebierającego w środkach miało się przeciwnika. Szczególniej w okresie prac sejmowych były takie momenty, kiedy dentystykę zepchnięto do poziomu rzemiosł i kiedy to nawet rządowi projektodawcy umywali ręce od całej sprawy.

Opublikowane rozporządzenie uwzględnia najbardziej zasadnicze postulaty ogółu lekarzy-dentystów; zapewnia zawodowi stanowisko odpowiednie do poziomu dentys-

[1]) *Skrócony z powodów technicznych. (Red.).*

tyki w hierarchji nauk lekarskich; wprowadza unifikację stanowisk poszczególnych grup osób, uprawnionych do wykonywania praktyki dentystycznej; zwalnia osoby, wykonywujące prywatną praktykę lekarsko-dentystyczną, od nadmiernej opieki i kontroli ze strony rządowych władz sanitarnych; przyznaje zawodowi, jeśli tak można powiedzieć, pełne prawa obywatelstwa wśród zawodów wyzwolonych; stwarza podstawy do unifikacji tytułów; zapoczątkowuje sprawę okiełzania aspiracji, nacechowanych zbytnią przedsiębiorczowością i reguluje poniekąd sprawy niezdrowej konkurencji w zawodzie; bierze w obronę dyplomowanych przedstawicieli zawodu, pozbawiając uprawnień do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej osoby, nie posiadające odpowiednich kwalifikacji; — reguluje wreszcie na przyszłość stosunek prawny technicznego personalu pomocniczego do społeczeństwa i lekarzy-dentystów. Rozporządzenie to nie wyczerpuje całokształtu zagadnień, rozwiązanie których uważać należy za konieczne dla zawodu. To też dla ostatecznego uregulowania spraw, rozporządzeniem tem objętych zapowiada ono wydanie całego szeregu przepisów i rozporządzeń wykonawczych. Na zapowiedź tę należy zwrócić szczególnie baczną uwagę wobec możliwości dowolnej interpretacji niektórych artykułów rozporządzenia i ewentualnych korzyści lub krzywd, jakie z podobnej niewłaściwej interpretacji mogą wyniknąć przy zastosowaniu jej w życiu. I dlatego też należy konsekwentnie dążyć aby przy opracowaniu powyższych przepisów i rozporządzeń ministerjalnych opinja zawodu nie była pominięta, raczej przeciwnie — aby miała wpływ dominujący. Opinję tę w poszczególnych sprawach należy ściśle skrystalizować i sprecyzować.

Przez cały dwuletni zgórą okres swojej działalności Komisja dla obrony praw stanu dentystycznego zachowywała jaknajdalej posuniętą lojalność w stosunku do wszelkich ugrupowań zawodowych, stojących poza Komisją. Szanując odmienne często przekonania tych ugrupowań, Komisja zawsze starała się być wyrazicielką istotnych dążeń zawodu. Hołdując zasadzie „jednością silni“, Komisja dążyła do zjednoczenia wszelkich odłamów naszego zawodu.

Przez cały okres działalności Komisji nieprzerwanie byli w niej reprezentowani lekarze wszech nauk lekarskich, wykonywujący praktykę dentystyczną, Zrzeszenie lekarzy-dentystów Kasy Chorych m. Warszawy, Związek Zawodowy lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem oraz prawie do ostatniego momentu — Towarzystwo Lekarzy-Dentystów Warszawskich.

Nie zatrzymując się nad systemem przeprowadzonej pracy oraz jej szczegółami, Komisja stwierdza tylko, że przez cały czas swojej działalności wydała wiele oddzielnych druków i ulotek dla p. p. posłów, senatorów i czynników miarodajnych, złożyła kilkanaście memorjałów, odbyła przeszło 30 posiedzeń, tudzież kilkadziesiąt konferencyj z przedstawicielami władz, załatwiała cały szereg drobnych spraw w trybie wewnętrznego urzędowania, wreszcie przyczyniła się do szerszego kolportażu zagadnień dotyczących sprawy ustawy w prasie codziennej i zawodowej, skutecznie występując przeciwko głosom, inspirowanym przez techników dentystycznych.

Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że Komisja zdobyła sobie uznanie czynników miarodajnych oraz kół, zainteresowanych sprawą ustawy. W pełnem poczuciu obowiązków swoich oraz odpowiedzialności przed zawodem za wykonanie podjętych zadań, Komisja dla obrony praw stanu dentystycznego pozostawała na stanowisku swojem wytrwale i nieustępliwie. To też obecnie dochodzi ona do przeświadczenia, że pracowała w miarę sił swoich i rozumienia i że nic więcej dać ze siebie nie mogła. W konsekwencji powyższego wyjaśnienia, Komisja przyjmuje na siebie całkowitą odpowiedzialność za przeprowadzoną akcję.

Jednocześnie Komisja oświadcza, że nie uważa siebie za czynnik jedyny, który w obronie słusznych praw zawodu walczył z godnością i osiągnął pomyślne wyniki, Komisja daleką jest od myśli przypisywania sobie jakichkolwiekbądź specjalnych zasług i zdobyczy, rozumiejąc je jedynie jako rezultat zbiorowego wysiłku. Natomiast Komisja poczytuje sobie za swój obowiązek złożyć wyrazy uznania i podzięki tym wszystkim, którzy, stojąc na gruncie pracy kolektywnej, przyczynili się do skutecznej obrony i uregulowania zasadniczych praw zawodu lekarsko-dentystycznego.

Warszawa, dnia 6. lipca 1927 r.

Komisja dla obrony praw stanu dentystycznego:

Lek.-dent. A. Ujejski, Dr. med. A. Gruszczyński, lek.-dent. L. Sachs, lek.-dent. Wł. Perliński, Dr. med. L. Brennejsen, lek.-dent. N. Neufeld, lek.-dent. St. Bloch, Dr. H. Gelbard, lek.-dent. Walicki, lek.-dent. J. Witkowska.

INSTRUKCJA W SPRAWIE USTAWY DENTYSTYCZNEJ.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Warszawa, dnia 20. czerwca 1927 r.
Nr. Z. O. 2950,27.

W sprawie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki dentystycznej. (Dz. Ust. Nr. 54, poz. 476).

Do Pana Wojewody.

W Nr. 54. Dziennika Ustaw Rzp. poz. 476. ogłoszone zostało rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10. czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej.

Celem wykonania postanowień powołanego rozporządzenia od dnia jego obowiązywania co zgodnie z art. 29. nastąpić winno z dniem 26. czerwca 1927. Minist. Spraw Wewnętrznych podaje poniższe wyjaśnienia odnośnie do poszczególnych artykułów rozporządzenia, ich interpretację oraz niektóre zarządzenia.

Warunki, którym odpowiadać winny osoby chcące wykonywać praktykę lekarsko-dentystyczną w Państwie Polskiem, zawarte są w art. 1. i 2. rozporządzenia. Różnica pomiędzy postanowieniami tych artykułów zachodzi w tem, że art. 1. określa warunki wymagane w chwili obecnej i w przyszłości, art. 2. natomiast ma na celu usankcjonowanie stanu faktycznego i wyszczególnia osoby które z tytułu dobrze nabytych praw na podstawie dotychczas posiadanych dyplomów państw zaborczych winny być również w okresie przejściowym do praktyki lekarsko-dentystycznej uprawnione.

Różnica między art. 1. i 2. uwidoczniona jest również przy rejestracji lekarzy-dentystów której normy określa art. 6.

Ustęp pierwszy art. 6. wkłada na lekarzy-dentystów obowiązek rejestracji u władzy administracyjnej I instancji przed rozpoczęciem wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej. Rejestrację przeprowadza się na podstawie złożonych dowodów uprawnień w myśl art. 1.

Osoby pragnące korzystać z uprawnień przysługujących im z art. 2. rozporządzenia, winny natomiast uprzednio zarejestrować się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i uzyskać pisemne zaświadczenie o uprawnieniu ich do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Polskiem.

Celem wykonania końcowego ustępu art. 6. zarządza się co następuje: W dniu wejścia w życie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej należy wezwać wszystkich lekarzy-dentystów, chcących korzystać z uprawnień przewidzianych art. 2. rozporządzenia do złożenia podania do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w celu uzyskania pisemnego zaświadczenia o uprawnieniu do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej. Podanie należy składać za pośrednictwem władzy administracyjnej II. instancji przy dołączeniu:

1. oryginału i jednego wierzytelnego odpisu dyplomu na stopień lekarza-dentysty względnie dentysty (oryginał po zużytkowaniu zostanie petentowi zwrócony, odpis natomiast pozostaje w archiwum Ministerstwa);

2. poświadczenie obywatelstwa polskiego, wydane przez władzę administracyjną I. instancji w myśl art. 11. rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 7. czerwca 1920 r. (Dz. Ust. Nr. 52 poz. 320);

3. własnoręcznie napisanego curriculum vitae, oraz

4. jednej fotografji.

Do podania ponadto dołączyć należy opłatę w znaczkach stemplowych w wysokości 6 zł. (3 zł. od podania i 3 zł. od zaświadczenia) oraz po 50 gr. od każdego załącznika, dołączonego do podania.

Również do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych skierować należy podanie lekarzy-dentystów o udzielenie tymczasowych pozwoleń na prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej po myśli art. 3. rozporządzenia. Do podania załączyć należy wszystkie załączniki wyszczególnione powyżej z tą tylko różnicą, że zamiast oryginału dyplomu lekarsko-dentystycznego lub poświadczenia obywatelstwa polskiego dołączać należy inne dowody pośrednie względnie dowody złożenia podania o nadanie obywatelstwa polskiego.

Do tych podań dołączać należy opłaty w znaczkach stemplowych w wysokości zł. 10·— oraz po 50 gr. od każdego załącznika. Przy wydawaniu tymczasowych pozwoleń udzielonych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, władza doręczająca pozwolenie ściągać będzie dalszą opłatą stemplową od pozwolenia w wysokości zł. 20.

Zgłoszenia osób wyszczególnionych w p. 6. art. 2. rozporządzenia t. j. osób posiadających świadectwa z ukończenia szkół lekarsko-dentystycznych znajdujących się na obszarze b cesarstwa rosyjskiego, a które z jakichkolwiek powodów nie składały egzaminów przy Uniwersytecie, należy skierowywać bezzwłocznie do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Po zamknięciu zgłoszeń, co nastąpi po 4 miesiącach od chwili wejścia w życie rozporządzenia, listy zgłoszeń zostaną przesłane do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego celem sformowania komisji egzaminacyjnych i wyznaczenia terminów.

Art. 7. rozporządzenia znosi pojęcie gabinetu dentystycznego i konieczność uzyskiwania specjalnych pozwoleń na otwarcie gabinetu. Wykonanie ostatniego ustępu art. 7. odnośnie formy i treści ogłoszeń lekarzy-dentystów pozostawia się do chwili wydania specjalnego rozporządzenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Art. 8—12, traktujące o przychodniach lekarsko-dentystycznych, nie wymagają bliższego omówienia i mogą być bezzwłocznie wykonane poza art. 9. którego postanowienia określi bliżej rozporządzenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

W sprawie wykonywania czynności techniczno-dentystycznych obowiązuje art. 13. rozporządzenia. Rozporządzenie znosi pojęcie samodzielnego technika dentystycznego stanowiąc, że wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych dozwolone jest wyłącznie pod kierunkiem i na zamówienie lekarza-dentysty, bez prawa bezpośredniego stykania się z pacjentem, używania jakichkolwiek tytułów, reklamowania i ogłaszania się za wyjątkiem prasy fachowej, umieszczania szyldów, tablic i t. p. Wykonywaniem czynności techniczno-dentystycznych w myśl intencji rozporządzenia winni się zajmować lekarze-dentyści, a roboty pomocnicze mogą powierzać jedynie swemu personelowi, jednakże bez prawa bezpośredniego zetknięcia ich z pacjentem. Wyłom od tej zasady zawierają postanowienia przejściowe, zawarte w artykułach od 14. do 24. mają one jednakże zastosowanie na obszarze b. zaboru austrjackiego i pruskiego.

W szczególności art. 14. zezwala na zajmowanie się samodzielnem wykonywaniem czynności techn.-dent. tym technikom dentystycznym, którzy posiadają obywatelstwo polskie i uzyskali koncesję na wykonywanie przemysłu techn.-dent. w myśl rozp. austr. Min. Handlu w porozumieniu z Min. S. W. z dn. 20. marca

1892 (Dz. P. P. Nr. 55), wydanego na podstawie § 24. ustawy z dn. 15. marca 1883 (Dz. P. P. Nr. 39). Zakres ich uprawnień określa art. 16. rozporządzenia.

W rzeczywistości zakres uprawnień techników dentystycznych, przewidziany art. 16., odpowiada uprawnieniom posiadanym przez koncesjonowanych techników dentystycznych b. zaboru austrjackiego na postawie przepisów ustawodawstwa austrjackiego.

Art. 15. zezwala na samodzielne wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych na obszarze Województw Pomorskiego i Poznańskiego i górnośląskicj części Województwa Śląskiego tym technikom dentystycznym, obywatelom polskim:

1. którzy posiadają uprawnienia do leczenia w Kasach Chorych w myśl rozporządzenia pruskiego Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 2. grudnia 1913 L. dz. 770 wydanego do par. 123. niemieckiej państwowej ustawy ubezpieczeniowej z dnia 19. lipca 1911 (Dz. Ust. Rzeszy Niemieckiej str. 409).

2. którzy pracują samodzielnie na obszarze wyszczególnionych powyżej Województw conajmniej od 1. stycznia 1913 r. i zostali w myśl obowiązujących przepisów we właściwym czasie zarejestrowani, jakkolwiek nie posiadają kwalifikacji, wymienionych w p. 1. artykułu niniejszego.

3. którzy rozpoczęli naukę na obszarze Województw Poznańskiego, Pomorskiego i górnośląskiej części Województwa Śląskiego przed dniem 1. stycznia 1920 r. a brakujące lata nauki lub praktyki pomocniczej uzupełnili najdalej do dnia 1. czerwca 1927 r.

Ze względu na znaczny upływ czasu od uchwalenia rozporządzenia (13. maja) do dnia ogłoszenia w Dzienniku Ustaw postanowienia p. 3. zbiegają się w rzeczywistości z postanowieniami p. 1. art. 15. Prawo zgłoszenia do rejestracji wymienionych w art. 15. gaśnie z dniem 1. grudnia 1927 r. Zakres ich uprawnień określa art. 16. rozporządzenia.

Chcąc jednak dostosować zakres uprawnień techników dentystycznych do wymogów życiowych rozporządzenie w art. 17. zezwala na wykonywanie technikom dentystycznym wszelkich zabiegów na zębach poszczególnych i uzębieniu, wchodzących w zakres czynności jakich potrzeba do sporządzania zębów sztucznych i uzębienia, koron, mostków i plomb, z wyjątkiem leczenia chorób jamy ustnej. Artykuł więc 17. poza uprawnieniami przewidzianemi art. 16. zezwala technikom dentystycznym na plombowanie zębów i usuwanie korzeni, zabraniając leczenia chorób jamy ustnej. Nabycie jednak uprawnień z art. 17. warunkowane jest albo złożeniem egzaminu (art. 17.) albo też wykazaniem się z pozostawania w zawodzie techniczno-dentystycznym bez przerwy przez lat 15 (art. 18.) co zwalnia technika dentystycznego od obowiązku składania egzaminu.

Te dwie kategorje techników dentystycznych mają prawo po myśli art. 19. używać tytułu „uprawniony technik dentystyczny".

Zarówno wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych w ramach art. 16. jak i 17. dozwolone jest po uprzedniem zarejestrowaniu się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych. zgodnie z art. 21. rozporządzenia. W tym celu technicy dentystyczni podobnie jak lekarze-dentyści, wywodzący swe uprawnienia z art. 2. rozporządzenia winni złożyć podanie za pośrednictwem właściwych urzędów administracyjnych, przy dołączeniu poza innemi załącznikami jak dowód obywatelstwa, curriculum vitae, fotografja, również aktu koncesyjnego względnie dowodu pozostawania w zawodzie bez przerwy przez 15 lat. Podania te podlegają

opłacie stemplowej w wysokości 6 zł. (3 zł. od podania i 3 zł. od zaświadczenia) oraz 50 gr. od każdego załącznika dołączonego do podania. Bliższe postanowienia dotyczące egzaminów (art. 17. i 20.) urządzeń pracowni techniczno-dentystycznych (art. 22.) oraz ogłoszeń i reklam techników-dentystycznych (art. 24.) wydane zostaną w drodze rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych.

Ust. 2. art. 14. daje upoważnienie Min. S. W. nadawać wyjątkowo nowe pozwolenia tym technikom dentystycznym, którzy w dniu 1. stycznia 1927 posiadali już przynajmniej siedm lat nauki i praktyki zawodowej, odbytej na obszarze Województw: Krakowskiego, Lwowskiego, Stanisławowskiego i Tarnopolskiego i na wchodzącej w skład Województwa Śląskiego części Śląska Cieszyńskiego. Prawo zgłoszenia o nadanie tych pozwoleń gaśnie w dniu 31. grudnia 1927.

Celem wykonania powyższego należy wezwać zainteresowanych techników dentystycznych, którzy zamierzają ubiegać się o uzyskanie wspomnianych pozwoleń, o złożenie podań, które skierowywać należy do Min. S. W. Do podania dołączyć należy: 1. poświadczenie obywatelstwa polskiego, wydane przez władzę administracyjną I. instancji w myśl art. 11. rozp. Min. S. W. z 7. czerwca 1920 (Dz. U. R. P. 52, poz. 320); 2. dowody kwalifikacyjne, mające uzasadnić podanie petenta; 3. własnoręcznie napisane curriculum vitae, oraz 4. jedną fotografję. Do tych podań dołączyć należy opłatę stemplową w znaczkach stemplowych w wysokości zł. 10 oraz po 50 gr. od każdego załącznika. Przy wydawaniu pozwoleń, udzielonych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, władza doręczająca pozwolenie ściągać będzie dalszą opłatę stemplową od pozwolenia w wysokości zł. 20. Podania o udzielenie koncesyj techniczno-dentystycznych, wniesione do Urzędu Wojewódzkiego na podstawie uprzednio obowiązujących przepisów ustawy przemysłowej, uważać należy za równorzędne ze zgłoszeniami po myśli ust. 2. art. 14. i jako takie skierować do Min. Spraw Wewnętrznych.

W rozdziale III. p. n. Postanowienia ogólne i karne w art. 26. zapowiedziane jest rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych które określi zakres uprawnień do stosowania leków przez lekarzy-dentystów i uprawnionych techników dentystycznych.

Sankcje karne przewidziane dla osób winnych naruszenia przepisów rozporządzenia względnie rozporządzeń i zarządzeń na jego postawie wydanych zawarte są w art. 27. rozporządzenia. Ustęp trzeci powołanego artykułu (27) stanowiący, że po dwukrotnem ukaraniu władza administracyjna II instancji może pozbawić ukaranych prawa wykonywania czynności zawodowych na czas od miesięcy dwóch do lat trzech winien znaleść zastosowanie przedewszystkiem do osób dających swą firmę partaczom lekarsko- względnie techniczno-dentystycznym, oraz do zatrudniających w swych gabinetach nieuprawnione do wykonywania praktyki lekarsko- względnie techniczno-dentystycznej osoby. Zwrócić tutaj należy uwagę, że pod rygory niniejszego artykułu pociągnąć należy zarówno lekarza-dentystę względnie uprawnionego technika-dentystycznego, udzielającego swej firmy, jak i samego partacza.

Z logicznej interpretacji ust. 2. art. 14. wynika, że technicy dentystyczni w b. zaborze austrjackim, posiadający kwalifikacje do ubiegania się o uzyskanie pozwolenia na samodzielne wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych, od chwili zgłoszenia swych uprawnień do czasu merytorycznego rozstrzygnięcia ich podań mogą byś zatrudniani przez swych pracodawców w ich obecności i pod ich odpowiedzialnością przy pacjentach.

W razie orzeczenia pozbawienia lekarzy-dentystów, uprawnionych techników dentystycznych względnie techników dentyst. prawa wykonywania czynności zawodowych należy w orzeczeniu wskazać drogę i czas odwołania się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w myśl ogólnie obowiązujących w tym względzie przepisów.

W ramach powyższych wyjaśnień zechce Pan Wojewoda wydać niezwłocznie odnośne zarządzenia zmierzające do wykonywania rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. Ust. Nr. 54 poz. 476) poza postanowieniami zastrzeżonemi do oddzielnych rozporządzeń Ministra Spraw Wewnętrznych wzgl. w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego (art. 1, 7, 9, 20, 22, 24 i 26).

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Konkomitacja Województwa Lwowskiego:

Polecam Panom Starostom i Panu Prezydentowi miasta Lwowa ściśle zastosować się do powyższych wyjaśnień i zarządzeń Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i bezzwłocznie te zarządzenia wykonać.

W szczególności należy bezzwłocznie ogłosić w sposób zwykle praktykowany wezwanie do lekarzy-dentystów, chcących korzystać z uprawnień, przewidzianych w art. 2. rozporządzenia, aby wnieśli w drodze instancji podanie do Ministerstwa w sposób w reskrypcie powyższym Ministerstwa unormowany.

Podobnie przez ogłoszenie urzędowe i przez imiennie wystosowane pisma za potwierdzeniem odbioru należy bezzwłocznie zawiadomić techników dentystycznych, którzy w dniu 1. stycznia 1927 posiadali już przynajmniej siedm lat nauki i praktyki zawodowej, że w razie ubiegania się o pozwolenie na samodzielne wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych w myśl ust. 2. art. 14., mają wnieść należycie udokumentowane podanie do Min. Spraw Wewnętrznych przez Urząd Wojewódzki najdalej do dnia 1. grudnia 1927. Wreszcie wszystkich techników dentystycznych zechcą Panowie pouczyć o warunkach uzyskania praw i tytułu „uprawnionego technika dentystycznego“ po myśli art. 18. omawianego rozporządzenia. Wojewoda: w z. *Eckhardt,* wicewojewoda.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. A. CIESZYŃSKI.**

ODBITO W PIERWSZEJ ZWIĄZKOWEJ DRUKARNI WE LWOWIE, UL. LINDEGO 4.